





**Universidade de Aveiro** Departamento de Línguas e Culturas  
Ano 2014

**THIBAUD  
ROMAIN MIGNÉ**

**TRADUÇÃO E LEGENDAGEM DO DOCUMENTÁRIO  
“CÂNCER, SEM MEDO DA PALAVRA”**





**Universidade de Aveiro** Departamento de Línguas e cultura  
Ano 2014

**THIBAUD  
ROMAIN MIGNÉ**

## **TRADUÇÃO E LEGENDAGEM DO DOCUMENTÁRIO “CÂNCER, SEM MEDO DA PALAVRA”**

Projeto apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em tradução especializada, realizada sob a orientação científica do Prof. Doutor. Fernando Martinho, leitor do Departamento de Línguas e Culturas da Universidade de Aveiro, e da Mestre Cláudia Pinto Ferreira, leitora do Departamento de Línguas e Culturas.

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutora Maria Teresa Murcho Alegre**  
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

**Doutora Rosa Maria Marques Faneca de Oliveira**  
Investigadora de Pós-Doutoramento, Departamento de Educação, Universidade de Aveiro  
(arguente)

**Doutor Fernando Jorge dos Santos Martinho**  
Leitor da Universidade de Aveiro (orientador).

## **Agradecimentos**

Agradeço:

Aos meus orientadores o Prof. Dr.º Fernando Martinho e a Mestre Cláudia Pinto Ferreira por todo o apoio, motivação e orientação dada durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus familiares que sempre me apoiaram e esforçaram-se para a conclusão de mais esta etapa da da minha vida.

A Thayres, minha eterna namorada, pela companhia, pelo amor e dedicação e por todo o incentivo durante todos estes anos. Obrigada por tudo Amor.

E finalmente, mas não menos importante, gostaria de agradecer aos meus amigos, especialmente a família aveirense. Obrigada a todos pelos copos, pelas conversas, pelo incentivo e pela amizade.

## **palavras-chave**

Documentário, cancro, psicologia, tradução audiovisual, legendagem, subtitle workshop

## **resumo**

O cancro é considerado a doença de maior impacto do século XX sendo a principal responsável pelas mortes no Ocidente. O cancro é ainda hoje uma doença de forte impacto a nível psicológico, já que em muitas situações não apresenta probabilidade de remissão, seja parcial ou completa. O trabalho realizado neste projeto de Mestrado em Tradução Especializada teve como objetivo a legendagem de português para o francês do documentário “Câncer: sem medo da palavra ” que aborda principalmente como o cancro afeta o lado psicológico de pacientes e familiares. Nas últimas décadas houve um intenso esforço da comunidade científica na área das ciências da saúde e da vida a fim de melhorar e/ou descobrir novas técnicas de diagnóstico, tratamento e cura para os diversos tipos de cancro. Neste cenário, a divulgação do conhecimento tem um papel essencial para esclarecer a população quanto a fatores de risco e tratamentos desta doença. Neste contexto, a legendagem é uma ferramenta extremamente importante na medida em que torna a informação acessível a um público-alvo muito mais amplo. No presente relatório foi feita uma revisão da literatura acerca do cancro (história, tratamentos, e lado psicológico da doença) e das práticas de legendagem tais como regras e normas, vantagens e desvantagens e legendagem de documentários. A legendagem do documentário seguiu uma metodologia própria, metodologia utilizada desde a escolha do texto de partida até a sua conclusão.

**keywords**

Documentary, cancer, psychology, audiovisual translation, subtitling, subtitle workshop

**Abstract**

Cancer is considered the most serious disease of the 20th century, as it is the principal cause of deaths in the West. Cancer still is a disease with a strong impact on a psychological level, since in many situations it does not present probabilities of remission, either partial or complete. The work on this Master project in Specialized Translation aimed at subtitling from Portuguese into French the documentary " Câncer: Sem medo da palavra" which primarily addresses how cancer affects the psychological side of patients and their families. In recent decades there has been an intense effort of the scientific community, in the area of health and life sciences, in order to improve and / or discover new techniques for diagnosis, treatment and cure for many types of cancers. In this scenario, the dissemination of knowledge has an essential role to enlighten the public regarding risk factors and treatments of this disease. In this context, subtitling is an extremely important tool since it makes the information accessible to a wider audience. In this report a literature review about cancer (history, treatments, and psychological side of the disease) and practices such as subtitling rules and standards, advantages and disadvantages and subtitling of documentaries was made. The subtitling of the documentary, followed an adequate methodology from the selection of the source text until the final product.



# Índice

<b>1. Introdução</b>	1
<b>2. Enquadramento do trabalho</b>	5
2.1 Apresentação do projeto	7
2.2 Tecnologias utilizadas	9
<b>3. Relevância da legendagem</b>	13
3.1 A legendagem	15
3.2 Regras e normas na legendagem	17
3.3 Vantagens e desvantagens da legendagem	22
3.4 A legendagem de documentários	23
<b>4. Análise do documentário</b>	27
4.1 Dados objetivos sobre o produto	29
4.2 A divulgação científica	32
4.3 O documentário de Divulgação Científica	33
<b>5. Cancro: Estado da arte</b>	37
5.1 História do Cancro	39
5.1.1 Origens	39
5.1.2 O cancro no Renascimento	40
5.2 Tratamentos e descobertas recentes	41
5.2.1 Primeiros avanços significativos no diagnóstico	41
5.2.2 Tratamentos	43
5.2.3 Descobertas do século XXI e desafios futuros	44
5.3 O lado psicológico do cancro	45
5.3.1 No ato do diagnóstico	45
5.3.2 Após a cura	47

<b>6. Reflexão Crítica .....</b>	<b>49</b>
6.1 Retrospectiva do trabalho.....	51
6.2 Considerações sobre a legendagem .....	52
6.2.1 Nível prosódico .....	53
6.2.2 Nível semântico .....	54
<b>7. Conclusão .....</b>	<b>57</b>
<b>8. Glossário.....</b>	<b>61</b>
<b>9. Referências bibliográficas.....</b>	<b>71</b>
<b>10. Apêndices .....</b>	<b>75</b>

# **1. Introdução**

No mundo globalizado em que vivemos, estamos em contato com a legendagem todos os dias, quer seja em publicidades, quer seja em filmes, documentários na televisão, no cinema e mais recentemente na internet.

A legendagem acompanha a produção audiovisual desde a década de 1920, juntamente com o surgimento do cinema sonoro. Porém, durante muito tempo não foi considerada como uma componente indispensável do produto audiovisual, ficando a realização destas à escolha de cada legendador. O primeiro a tentar definir regras de boas práticas para a legendagem foi Laks em 1957 com a publicação intitulada “*Le sous-titrage de films: sa technique, son esthétique: Propriété de l’auteur*” (Laks, 1957). No entanto o enquadramento da legendagem como disciplina é bastante recente (década de 1990), resultado das investigações de alguns nomes, importantes, nesta área, tais como Yves Gambier, Jorge Diaz Cintas entre outros.

A legendagem é uma ferramenta extremamente importante na disseminação de cultura, arte e conhecimentos de um modo geral. Neste contexto, os documentários de divulgação científica têm um papel essencial, uma vez que visam transmitir conhecimentos científicos à população. Diante do exposto, o presente projeto consiste na legendagem do documentário brasileiro “Câncer, sem medo da palavra”, que aborda o impacto psicológico durante o diagnóstico e tratamento de diversos tipos de cancro. O documentário baseia-se no depoimento de pacientes diagnosticados com diferentes tipos de cancro, onde contam o processo desde o diagnóstico até à cura, em alguns casos. O documentário conta também com a participação de profissionais de saúde que estão em contato direto com pacientes diagnosticados com cancro.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, “cancro” é um termo geral aplicado a um grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do organismo, e uma das suas características é a proliferação rápida de células anormais que se podem espalhar para outros órgãos (metástase) (WHO, 2013). O cancro, em todas as suas formas, é a doença de maior impacto no século XXI. De acordo com o relatório da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Cancro (IARC), o cancro é a principal causa de morte no Ocidente, sendo responsável por 7,6 milhões de mortes (13% do total) em 2008 (WHO, 2008).

Apesar de todos os avanços da medicina no tratamento do cancro proporcionar em um índice de cura cada vez maior, a palavra cancro, na maioria das vezes, está associada a palavras como morte, dor, sofrimento e degradação, tornando o fator emocional numa barreira durante o tratamento (Maluf, Mori, and Barros, 2005). De facto, seja quando se recebe o diagnóstico de um cancro, seja na aceitação do tratamento ou durante este tratamento que geralmente é longo e doloroso, o psicológico do paciente é abalado e constantemente solicitado para enfrentar a doença. A atenção dedicada aos fatores psicológicos associados ao cancro é recente, remonta às décadas de 1960 e 1970. Atualmente, sabe-se que é um fator extremamente importante, relacionado com a manutenção da qualidade de vida dos pacientes (Maluf, Mori, and Barros, 2005; Venâncio, 2004).

Este projeto é composto por 7 capítulos. No capítulo 1, foi feita uma breve introdução e contextualização do tema. No segundo capítulo, é apresentado o projeto de tradução e legendagem, desde a escolha do produto e suas razões bem como as tecnologias utilizadas na sua construção. No capítulo 3, a legendagem é apresentada como uma modalidade de tradução, seguida de algumas regras e práticas sobre a legendagem, vantagens e desvantagens da sua utilização para além da caracterização da legendagem de documentários. No capítulo 4, é feita uma análise do documentário no que tange a sua idealização e produção. Ainda neste capítulo aborda-se a divulgação científica e o documentário de divulgação como uma ferramenta de apoio na divulgação da ciência. No capítulo 5, é apresentado um breve resumo sobre o cancro desde a sua história até os avanços nos tratamentos, no entanto procura-se dar ênfase ao aspeto abordado no documentário i.e. o lado psicológico desta doença. No sexto capítulo é feita uma reflexão crítica do trabalho, abordando-se aspetos específicos do processo prático de tradução e legendagem. No capítulo 7, faz-se uma breve conclusão e, finalmente, no capítulo 8, é apresentado o glossário. Todo o trabalho prático, devido ao volume de páginas, encontra-se na secção apêndices.



## **2. Enquadramento do Trabalho**





## **2.1 Apresentação do projeto**

Este projeto está inserido no Mestrado em Tradução Especializada (vertente em saúde e ciências da vida) da Universidade de Aveiro, no âmbito da unidade curricular Projeto. Para a conclusão da referida componente curricular, bem como do mestrado como um todo, foi-nos proposta a escolha de um tema que incidisse sobre o domínio de especialização do Mestrado.

Vários tópicos no contexto da tradução técnica e científica (tema abordado no 2º Ano de Mestrado) me pareciam interessantes; contudo, dois despertaram o meu interesse: a tradução de um artigo científico e a legendagem de uma longa metragem. O primeiro - certamente mais acessível - era a tradução de um artigo científico publicado numa revista especializada. No entanto, esta opção não foi escolhida, pois o tema já havia sido abordado durante o primeiro ano de Mestrado na cadeira de Inglês II – Técnicas de tradução, na qual me fora incumbida a tarefa de traduzir um artigo científico do inglês para o francês.

O outro tema, a legendagem, chamou a minha atenção durante a unidade curricular Tradução AudioVisual, ministrada pela Drª Cláudia Pinto Ferreira, onde tivemos a oportunidade de legendar excertos de filmes/documentários (com duração de + ou – 10 min). O desejo de aprofundar as experiências vividas durante o andamento desta unidade curricular culminou na decisão de as abordar também neste projeto.

Embora já tivesse clareza quanto ao tema a ser abordado, a escolha de um suporte vídeo para a realização deste projeto não foi uma tarefa fácil. O meu projeto foi portanto uma escolha lógica. A escolha do filme, no entanto, não foi tão simples. Antes de escolher o filme, tivemos que definir as características que o mesmo deveria apresentar, nomeadamente: a duração (superior a 60 minutos), o tema abordado (no contexto das ciências da vida) e finalmente o conteúdo (em termos de riqueza e terminologia utilizada). Primeiro, foi necessário definir os objetivos que o filme tinha de cumprir em termos de duração, de tema abordado, e de conteúdo (riqueza, terminologia). Tratando-se de um trabalho prático sobre a legendagem, procurei um material denso, ou seja, um filme cuja duração não fosse inferior a 60 minutos e que tratasse o tema de maneira sólida e profunda, o que eliminou muitos trabalhos da lista de filmes elegíveis.

Uma vez que filmes que versam sobre a área da saúde costumam tratar o tema de forma superficial, optamos por estreitar a nossa busca a documentários que, na maior parte dos casos, aprofundam o assunto. O uso das palavras-chave “filme”, “documentário”, “saúde” “vida”, por serem muito gerais, não trouxeram resultados satisfatórios: apenas documentários de renome internacional e muitas vezes já traduzidos para diversos idiomas. Foi então necessário filtrar ainda mais a busca, utilizando palavras-chave mais específicas, tais como o nome de doenças. O Câncer (Cancro em Português Europeu) surgiu como opção, uma vez que, juntamente com a SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e doenças do coração, é a doença de maior impacto dos séculos XX e XXI. Durante esta fase de pesquisa, muitos vídeos foram examinados e descartados, ou por serem mal produzidos, ou por tratarem o assunto de maneira muito geral. De entre estes vídeos, um *trailer* chamou-me a atenção: “Câncer, sem medo da palavra”. Embora já houvesse uma forte tendência em adotar o documentário como tema para o projeto, o mesmo não estava disponível em formato digital para avaliação. Na busca por mais informações sobre o filme, tive a oportunidade de entrar em contacto com o diretor, Luis Alberto Cassol. Mediante algumas conversas via *email*, o mesmo mostrou-se interessado em contribuir com o projeto e a direção do filme autorizou e disponibilizou, via correio, uma cópia do documentário para legendagem. Após avaliar o filme, concluiu-se que este se enquadrava perfeitamente nos requisitos do projeto para legendagem, pois faz uma abordagem robusta do tema cancro (com uso de termos específicos da área), agregando uma componente muitas vezes negligenciada: o estado psicológico do paciente durante o diagnóstico e tratamento da doença.

A legendagem deste documentário enquadra-se, portanto, como tema ideal a ser abordado num projeto de Tradução Especializada, na área da Saúde e Ciências da Vida, pois agrega todos os conceitos trabalhados durante os dois anos de curso. Além disso, a disponibilização do documentário legendado em mais um idioma permitirá um acesso mais abrangente a informações relevantes no estudo do Cancro, especialmente no aspeto psicológico da doença. Vale a pena ressaltar também a importância a nível académico, visto que o mesmo pode orientar alunos da área da psicologia e afins para a compreensão do

comportamento de pacientes durante o processo traumático de tratamento de diversos tipos de cancro.

## **2.2 Tecnologias utilizadas**

Para a legendagem do documentário “Câncer sem medo da Palavra”, a tecnologia de apoio utilizada foi o programa *Subtitle Workshop*. O programa foi introduzido durante as aulas de Tradução Audiovisual (TAV) do Mestrado em Tradução Especializada da Universidade de Aveiro, ministradas pela professora Cláudia Pinto Ferreira.

O *Subtilte Workshop* além de ser gratuito (disponível para descarregar em [www.urusoft.net](http://www.urusoft.net)) é um programa completo, uma vez que suporta vários formatos, tanto para vídeos como para legendas. Tem como principal vantagem a sua interface amigável e intuitiva (ver Figura 01), o que facilita seu uso não só aos profissionais da área de tradução, como também a principiantes. Os seus recursos avançados de sincronização de texto e imagem, aliados à sua velocidade e estabilidade, reduzem consideravelmente o tempo de edição de legendas.

É importante realçar que existem outros programas de legendagem disponíveis, quer gratuitos, como o *VisualSubSync*, quer pagos, como o *Avid*, *Spot*, etc. No entanto, a opção *Subtitle Workshop* tornou-se óbvia, pois foi a ferramenta de legendagem utilizada durante o curso de Tradução Audiovisual.

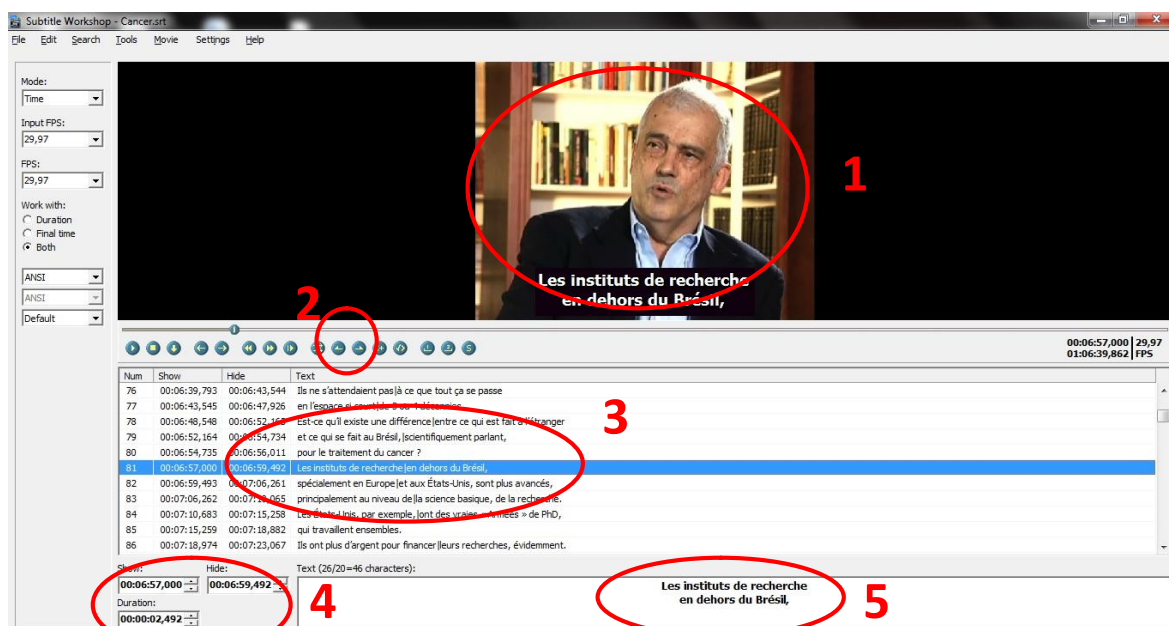


Figura 01 – Interface gráfica do programa de legendagem Subtitle Workshop.

- 1 – Modo de *preview*, que permite visualizar como ficará a legenda na imagem.
  - 2 – Botões “*Start Subtitle*” e “*End Subtitle*”, para definir os momentos de entrada e de saída da legenda.
  - 3 – Visualização de todas as legendas, e dos seus respetivos tempos de entrada e saída.
  - 4 – Tempos de entrada e saída da legenda selecionada, com a possibilidade de ajustar os valores ao décimo de segundo, assim como a duração total da legenda.
  - 5 – Espaço para edição.
- Atalho teclado – “insert”, para criar uma nova legenda.

Embora a escolha de *Subtitle Workshop* tenha sido justificada, este programa não é isento de falhas e pode apresentar alguns problemas de compatibilidade, que dependem do formato dos vídeos (avi, mkv, mpeg...) e do *hardware* do utilizador.

O problema mais frequentemente encontrado pelos utilizadores é a falta da imagem no modo *preview* (Figura 01). Isto torna impossível trabalhar corretamente com o programa, uma vez que é muito difícil legendar um vídeo apenas com o som. Este problema surgiu durante as aulas de Tradução Audiovisual e persistiu durante o início da tradução do documentário, objeto deste projeto. Uma vez que este problema se tornou num fator impeditivo para a

continuação deste trabalho, iniciou-se uma pesquisa em diversas ferramentas de busca, a fim de encontrar uma solução. Segue abaixo um passo-a-passo para a solução do problema de compatibilidade do *Subtilte Workshop*:

- 1- Instale o pack de codecs “K-lite Codec”, e antes de finalizar a instalação clicar em “*configure ffdshow vídeo decoder*”;
- 2- Ir para o final da lista até encontrar o codec chamado “Raw vídeo”;
- 3- Mudar esta marcação “*Disabled*” para “*all RGB*”;
- 4- Reiniciar o Subtitle Workshop.

Após seguir estes passos, o modo *preview* deve passar a funcionar normalmente.



### **3. Relevância da Legendagem**





### 3.1 A Legendagem

A legendagem pode ser considerada hoje como uma das modalidades de tradução mais conhecidas e praticadas. Uma definição bastante abrangente de legendagem é abordada por Díaz Cintas (2007: 7). De acordo com este autor, legendagem é:

“Subtitling may be defined as a translation practice that consists of presenting a written text, generally on the lower part of the screen, that endeavours to recount the original dialogue of the speakers, as well as the discursive elements that appear in the image (letters, inserts, graffiti, inscriptions, placards, and the like), and the information that is contained on the soundtrack (songs, voices off)”

Pelo que se pode compreender da transcrição acima, de forma resumida, a legendagem consiste na inserção de linhas de textos na imagem de um produto audiovisual. Nesta definição o autor restringe-se, apenas, ao aspeto técnico da legendagem, não incluindo aspectos fundamentais como por exemplo as questões culturais que muitas vezes condicionam as escolhas tradutórias. A definição de Gambier (2003) vem complementar o texto acima citado, uma vez que traz uma definição um pouco mais abrangente, na medida em que considera diferentes estratégias de tradução, a fim de atender as expectativas de diferentes públicos-alvo. Nas palavras de Gambier:

“Subtitling is translating if translation is not viewed as a purely word-for-word transfer but as encompassing a set of strategies that might include summarizing, paraphrasing, etc., and if translation is viewed holistically, taking into consideration the genre, the film-maker’s style, the needs and expectations of viewers (who may, for instance, have

different reading speeds and habits) and the multimodality of audiovisual communication (language, images, sound).”

Embora a área da tradução tenha surgido em 1903, ainda na forma de intertítulos para a compreensão dos filmes mudos, é somente entre 1912 e 1923 (de acordo com cada país) que o termo “legenda” começa a aparecer. Este período corresponde à evolução do cinema e à produção de filmes mais complexos, que necessitavam de mais explicações, o que resultou na presença de linhas de texto na parte de baixo da imagem, sem esta ter que ser interrompida.

Em 1929 e com o início do cinema sonoro, os problemas de tradução e da internacionalização dos filmes começaram. Nesta fase o processo de legendagem começa a tomar forma, até chegar aos dias de hoje. O primeiro filme sonoro “The Jazz Singer” foi também o primeiro filme legendado para exportação em países não anglófonos (Marleau, 1982; Bouzat, 2011).

No entanto, esta disciplina foi ignorada da formação de tradutores por muito tempo. Embora Simon Laks tentasse dar direções à boa prática da legendagem logo em 1957 (Laks, 1957), as formações académicas e profissionais em tradução audiovisual só começaram a ser introduzidas nos cursos de especialização de tradução nos anos 90 (coincidindo com o desenvolvimento dos meios audiovisuais), em resposta a uma falta de homogeneidade na produção de legendas, e também para melhorar a experiência do telespetador, que se deparava frequentemente com situações nas quais não conseguia aproveitar as legendas (tempos de exibição insuficientes, traduções e adaptações aproximativas, etc.).

De acordo com o público-alvo, a legendagem é classificada em dois tipos: legendagem intralinguística e interlinguística. A legendagem intralinguística (ou monolíngua) consiste na legendagem na mesma língua do produto audiovisual. Este tipo de legendagem existe hoje como opção para a maioria dos canais de televisão, e tem sua utilidade na aprendizagem da língua por estrangeiros, e para surdos nos casos em que as legendas traduzem, além das falas, todos os sons (grito, barulho de porta, disparo de uma arma, pessoa que não está na imagem a

falar, etc...) que são necessários ao bom entendimento do vídeo. Já a legendagem interlinguística é a tradução escrita dos diálogos de um produto audiovisual. Esta tradução aparece geralmente na parte inferior da imagem, e segue o mesmo ritmo que os diálogos (Bouzat, 2011). Esta última opção é a que mais nos interessa, pois foi o tipo de legendagem trabalhada no documentário e será mais detalhada no tópico seguinte onde faremos um breve resumo das regras e normas na legendagem.

Quando se considera o processo de tradução como um todo, muitos autores conceituam-na como “tradaptação” uma vez que cabe ao tradutor/legendador transmitir o conteúdo dos diálogos da maneira mais clara e sintética possível, para não prender o telespectador na leitura das legendas e fazer este perder os acontecimentos da imagem. Mais, o tradutor/legendador também tem a tarefa de adaptar as referências culturais ao público para quem são destinadas as legendas (caso, no documentário, da expressão “no nosso país” que foi traduzida por “Au Brésil”) (Neves, 2005).

### **3.2. Regras e normas da legendagem**

Embora não existam regras e normas comuns entre todas as entidades para a legendagem de produtos audiovisuais, quer seja a nível internacional, quer a nível nacional, a ESIST (*European Association for Studies in Screen Translation*) já definiu como prioridade a elaboração de tais normas, e já iniciou o processo com a publicação do Código de Boas Práticas em Legendagem (trabalho apresentado por Ivarsson e Carroll no texto “Code of Good Subtitling Practice”) (Ivarsson and Carroll, 1998). Embora este código não represente regras oficiais, ele vem sendo cada vez mais utilizado e respeitado na comunidade internacional, pois ainda deixa uma certa liberdade aos tradutores/legendadores, definindo principalmente limites a não ultrapassar, como por exemplo no que toca ao tempo das legendas e no que se deve legendar ou não num produto audiovisual.

Analisaremos agora os principais pontos deste código e explicaremos sua importância (Ivarsson and Carroll, 1998):

“1. Sempre que for necessário pode reduzir-se o diálogo, mas o resultado tem de ser coerente.”

=> É uma tarefa impossível para o tradutor traduzir a integralidade dos diálogos de um filme, principalmente por causa dos fatores temporais: o tempo necessário para ler uma frase é mais longo do que para falar a mesma. Por isso, deve-se reduzir o diálogo retirando informações não necessárias ao bom entendimento do filme.

No documentário, o processo de redução dos diálogos foi uma das principais estratégias para chegar a um resultado coerente. Como se trata de depoimentos, os intervenientes têm uma forte tendência a falar frases extremamente longas e com palavras que não são essências para transmitir a informação. Segue abaixo (tabela 01) alguns exemplos de frases dos intervenientes e as suas respectivas legendas finais, após este processo de redução:

Tabela 01: Exemplos de redução de diálogos aplicados à legendagem do documentário “Câncer sem medo da palavra”

<b>Legenda Nº</b>	<b>Versão Original</b>	<b>Legenda Final</b>
137	É uma doença que chega e diz assim: tu podes morrer.	C'est une maladie dont tu meurs.
239 – 240- 241	E a pediatra viu que tinha um caroço nas costas dela. Eu fiquei assim : eu não notei, não tinha notado um caroço nenhum. Não, esse caroço ela não tinha quando ela nasceu, quando peguei ela.	Le pédiatre a vu qu'elle avait une bosse dans le dos. Moi, je n'avais rien remarqué. Elle ne l'avait pas quand elle est née.
438	Parece que aquela pessoa fica sinalizada,	c'est comme si la personne est marquée à vie, "il a eu

	fica marcada: Aquele indivíduo teve câncer, tem câncer.	un cancer".
--	---	-------------

**“2.** Cada legenda deve conter, tanto quanto possível, os elementos necessários para constituir uma frase sintaticamente correta.”

=> Neste ponto, o tema tratado é o da divisão de legendas. Quando se legenda um vídeo, não se pode dividir as legendas da maneira que será mais conveniente para o tradutor. Deve-se tentar sempre dividir as legendas de maneira lógica. Por exemplo, é prática comum não terminar uma legenda com um ponto e logo iniciar-se a primeira palavra da frase seguinte; deve-se terminar a legenda no ponto, e começar uma nova legenda com a frase seguinte.

**“3.** Uma vez que as legendas são um modelo de aprendizagem, é importante que não contenham erros (gramaticais ou outros).”

=> Quando se diz que as legendas não devem conter erros, faz-se referência à parte de áudio do filme: é muito frequente os diálogos de filmes serem o espelho da língua no dia a dia, e, portanto terem alguns erros gramaticais, ou ainda contrações apenas usadas na língua falada. sendo a legendagem uma tradução escrita, deve sempre tentar corrigir estes erros.

No caso do documentário, quase a totalidade dos erros gramaticais têm origem no “vício” de linguagem próprio à região do Brasil em que o documentário foi gravado (região Sul). No sul do Brasil usa-se o pronome sujeito “tu” (2ª pessoa do singular), mas não se conjuga o verbo de acordo com esse pronome sujeito, o que resulta na presença de inúmeros erros gramaticais tais como: “tu está”, “tu pode”, etc... E estes erros não podem aparecer nas legendas, e têm de ser devidamente corrigidos.

“4. A informação escrita contida nas imagens (símbolos, avisos, etc.) deve ser traduzida e introduzida nas legendas, sempre que possível e tendo em conta a sua relevância.”

=> Todas as informações que aparecem por escrito no vídeo, sejam nomes de lojas (relevantes), manchetes de jornais, recados, etc... devem ser incluídos e traduzidos nas legendas, pelo que são necessários ao entendimento de cenas do vídeo, ou do vídeo por completo.

Um exemplo deste item no presente documentário, são profissão dos intervenientes que foram devidamente traduzidas e introduzidas nas legendas, uma vez que esta informação era relevante no contexto do documentário (ver figura 02).

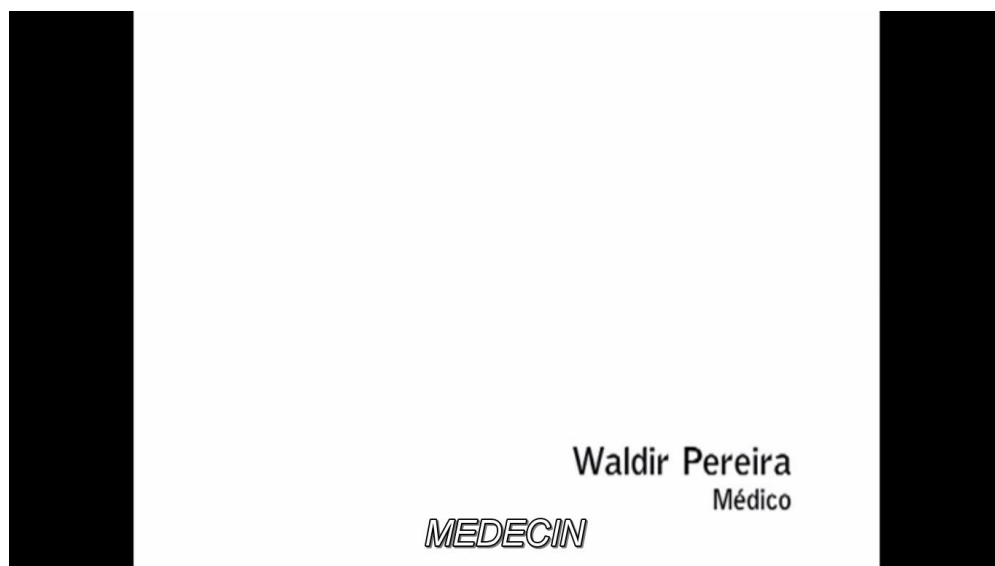


Figura 02: Tradução da profissão de um interveniente

“5. As repetições óbvias de nomes, assim como algumas frases comuns de fácil compreensão, nem sempre precisam de ser legendadas.”

=> Esta sugestão pode aplicar-se a casos em que o mesmo nome, que é de fácil entendimento (por exemplo “John”) é falado uma ou várias vezes, de maneira isolada: neste caso não é necessário o nome aparecer nas legendas. Outra situação é a em que o que é falado é acompanhado por um gesto explícito (

apontar para a porta: é fácil entender ou pelo menos imaginar o que está a ser dito).

**“6. Os tempos de entrada e de saída das legendas devem seguir o ritmo do discurso e o ritmo dos diálogos, considerando os cortes e as pontes produzidas pelo som.”**

=> o não cumprimento desta “regra” pode prejudicar toda a legendagem de um filme, e confundir o telespectador, que não consegue acompanhar um filme no qual as legendas não estão sincronizadas com as falas, mesmo sendo atrasos ou adiantamentos da ordem de décimos de segundo. Outra consequência do não respeito do ritmo das falas pode ser a não transcrição, para as legendas, de momentos de suspense ou ainda de hesitações presentes no filme.

**“7. Nenhuma legenda deve aparecer por menos de um segundo ou permanecer por mais de sete segundos.”**

=> Estes parâmetros temporais são importantes, e são diferentes caso a legenda tenha uma ou duas linhas. No caso de uma legenda de apenas uma linha, evita-se mostrar a legenda por menos de um segundo, mesmo se a legenda tem uma palavra, porque, caso contrário, não haverá tempo suficiente para o telespectador. O tempo máximo em que uma legenda de uma linha pode ficar visível é de 3 segundos a 3 segundos e meio. Para uma legenda de duas linhas, o tempo mínimo de exposição é de 3 segundos, por razões óbvias de velocidade de leitura do telespectador. O tempo máximo em que uma legenda de duas linhas pode ficar visível é de 7 segundos. Se os tempos de exposição mínimos não são respeitados, será impossível terminar de ler a legenda. Por outro lado, se as legendas ficam expostas tempo demais, vão começar a confundir o público e poluirão a imagem sem necessidade.

**“8. Cada legenda tem no máximo duas linhas.”**

=> Como mencionado anteriormente, deve-se evitar ao máximo poluir a imagem e confundir o telespectador.

“9. Sempre que se usarem linhas de diferentes tamanhos, a linha de cima deve ser preferencialmente mais curta para dar mais espaço à imagem.”

=> Além de dar mais espaço à imagem, esta estrutura também facilita a leitura para o telespectador.

Tabela 02: exemplos de estrutura em “pirâmide” das legendas.

Legenda nº	Aspecto da legenda
61	L'oncologie, la cancérologie de tumeurs solides,
332	mais le médecin a dit que j'avais de grandes chances.
504	On souffre plus que lui, nous ses frères, la famille, nos parents.

Todos as recomendações explicadas nos itens acima foram aplicadas, sempre que possível e necessário, na legendagem do documentário “Câncer, sem medo da palavra.

### 3.3 As vantagens e desvantagens da legendagem

A legendagem é uma técnica de tradução de um produto audiovisual entre outras, como já mencionado anteriormente. Nessa parte, vamos analisar as vantagens da legendagem, bem como seus pontos mais fracos. As vantagens da legendagem estão profundamente ligadas aos aspetos económico, estético e didático. O fato de esta modalidade gerar um produto mais barato e de mais rápido acesso ao consumidor final, torna a legendagem uma das opções mais vantajosas. No que diz respeito às desvantagens, a poluição da imagem é apontada por muitos autores como a principal delas, uma vez que esta resulta na distração do telespectador (Díaz Cintas, 2003). A tabela 03 apresenta, de forma resumida, um paralelo das principais vantagens e desvantagens da legendagem.



Tabela 03 – Vantagens e desvantagens da legendagem\*

Vantagens	Desvantagens
Conserva os diálogos originais: permite ao telespectador desfrutar das vozes originais.	Polui a imagem com texto
Baixo custo	Não passa a entonação, a emoção, etc...
Tarefa rápida e menos laboriosa	Limitações de tempo e espaço
Valor didático num contexto de aprendizagem de linguas estrangeiras	Impossibilidade de traduzir a sobreposição de diálogos
Maior acessibilidade para surdos ou pessoas com dificuldades auditivas	Perda de atenção na imagem

\* Tabela adaptada de Anacleto-Matias (2012).

### 3.4 A legendagem de documentários

Antes de abordarmos a legendagem de documentários é preciso definir as fronteiras deste género cinematográfico. O termo “documentário”, inserido na história do cinema, sempre foi de difícil definição. Recentemente, a obra **Mas afinal...O que é mesmo documentário** do autor brasileiro Fernão Pessoa Ramos (Ramos, 2008) oferece uma definição bastante completa deste género. De acordo com Ramos, o documentário é:

*[...] Em poucas palavras, documentário é uma narrativa com imagens-câmera que estabelece asserções sobre o mundo, na medida em que haja um espectador que receba essa narrativa como asserção sobre o mundo. A natureza das imagens-câmera e, principalmente, a dimensão da tomada através da qual as imagens são constituídas determinam a singularidade da narrativa documentária em meio a outros enunciados assertivos, escritos ou falados.*

Com tal particularidade, a legendagem de documentários é, obviamente, ligeiramente diferente da legendagem para filmes ou séries de ficção. De facto, é mais difícil encontrar situações de diálogos iguais existentes em séries ou filmes do que num documentário. A situação mais frequente em documentários é a presença de um narrador em voz-off que narra a matéria principal do documentário, que segundo Chaume (2012), consiste na leitura de um texto por parte de um locutor que resume o que está a ser visto no ecrã. Esta narrativa pode ser acrescentada por entrevistas de especialistas da área ou testemunhas. Neste caso, geralmente é preciso redefinir algumas regras da legendagem, como por exemplo, a da utilização do itálico. O itálico normalmente é utilizado para a voz-off ou para legendar a fala de um personagem que não está presente no quadro. Isto porque em filmes e séries, esta situação é minoritária na totalidade do produto audiovisual. No caso de documentários, não é raro esta voz-off ser a principal fonte de áudio, o que torna o uso do itálico para as voz-off cansativo e confuso para o público, uma vez que pode ultrapassar 80% do documentário lendo legendas em itálico. Neste caso da voz-off proeminente, existe a possibilidade de trocar a regra (itálico para diálogos e normal para a voz-off) com o objetivo de restabelecer um equilíbrio na proporção normal/itálico (Anacleto-Matias, 2012).

Outro aspecto em que a legendagem de documentários difere da legendagem de filmes/séries é a situação de testemunhas/entrevistas não escritas/dirigidas, como é o caso no documentário legendado para este projeto. Os entrevistados falam da própria história, falas que não foram ensaiadas antes da gravação, com o objetivo de conservar a espontaneidade e as emoções dos intervenientes, que não são atores. Destacam-se por exemplo: momentos de mudanças de ritmo repentinas, bem como hesitações nas falas, mudanças de assunto e expressão de vários adjetivos/substantivos por parte do interveniente numa só frase. Nestas situações o legendador deve procurar adaptar estes aspectos às legendas.

Segue abaixo um exemplo de adaptação de legendas, que acabam por ter uma ligeira diferença com o áudio, porque este apresenta um dos aspectos acima citados.

Exemplo:

Legendas (514-516):

*J'essaie toujours de créer  
une bonne relation avec le patient,  
en partie pour  
le convaincre d'accepter  
le traitement  
que je vais lui proposer.*

No áudio a interveniente fala primeiro “*para que ele aceite meu tratamento*” e logo em seguida corrige-se a si própria e fala “*o tratamento que eu vou, o cuidado que eu vou prestar para ele*”.

- ⇒ Nesta situação, encontramos dois casos explicados anteriormente.
- Primeiro, no áudio temos a autocorreção da pessoa, que não é relevante fazer aparecer na legenda, pois não altera o sentido da frase nem o raciocínio da interveniente.
- O segundo é uma hesitação entre dois termos (tratamento e cuidado) que escolhi não passar para a legenda, com o objetivo de evitar a redundância.

É de vital importância portanto, ter em consideração os aspetos mencionados acima quando se legenda documentários, a fim de transmitir para o público-alvo todas as emoções da maneira mais fiável possível. Todos estes aspectos foram considerados na legendagem do documentário “Câncer: sem medo da palavra”.



## **4. Análise do Documentário**



#### **4.1 Dados objetivos sobre o produto**

O documentário “Câncer: sem medo da palavra” foi produzido e lançado em 2009. É um projeto realizado pela UNIFRA (Universidade Franciscana de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil) no contexto da disciplina complementar “Psicologia e Cinema” do curso de Psicologia que faz a junção entre a ciência e o cinema. A produção é uma parceria entre o psicólogo Sílvio Lensen e o diretor Luiz Alberto Cassol, docentes responsáveis pela referida disciplina (Ver ficha técnica, Tabela 04). O argumento para a longa metragem surgiu em sala de aula, por meio de um projeto desenvolvido pelos acadêmicos da UNIFRA com início em 2006, e teve o seu roteiro desenvolvido a partir da constatação de que medo e preconceito são sentimentos presentes quando o assunto é o cancro. O documentário, portanto, foca-se no lado psicológico da doença desde o anúncio do diagnóstico até à cura em muitos casos.

As entrevistas para realização da longa metragem começaram no 2º semestre de 2006 e duraram até março de 2007. O projeto inteiro, envolvendo entrevistas, montagem e edição, demorou 3 anos a ser concluído, sendo lançado e distribuído em 2009. O documentário apresenta depoimentos de familiares e de pessoas que fazem e fizeram o tratamento contra o cancro, bem como de profissionais da saúde especialistas na área. A produção aborda como as pessoas superam o preconceito associado à doença, procuram o tratamento e a cura, revelando histórias e relatos de vida emocionantes. Estes relatos enfatizam a relação e o convívio que estes pacientes tiveram com a doença e seus tratamentos, assim como os preconceitos associados à palavra cancro. O documentário foca a importância do lado psicológico nos tratamentos, e na forma com que os pacientes aceitaram e viveram depois de serem diagnosticados com cancro. O documentário mostra diferentes reações frente a esta doença, como os pacientes superam a situação e como o apoio de pessoas próximas (família, amigos, religião) ajuda no tratamento e na cura do cancro, proporcionando um melhor entendimento da doença, e de como lidar com a situação, por meio dos depoimentos de pacientes, mas também das explicações dos profissionais da área.

Em entrevista para a Agência Central Sul de notícias (<http://centralsul.org/?p=241>) o diretor Luiz Alberto Cassol tece as suas considerações sobre o objetivo da obra: *“O intuito deste documentário é trabalhar contra o preconceito que existe em torno da palavra cancro. É fazer refletir sobre o tema. A gente tentou fazer um filme que possa ser usado como ferramenta para auxiliar no tratamento da doença”*.

O documentário, embora tenha sido apenas um projeto acadêmico no início, teve repercussão nacional no cenário do cinema brasileiro, sendo selecionado por várias organizações cinematográficas, tais como o Conselho Nacional de Cineclubes Brasileiros – CNC. É importante mencionar que o mesmo foi lançado em momento oportuno: na véspera do dia Mundial da Saúde (7 de abril) e dois dias antes do Dia Mundial da Luta Contra o Cancro (8 de abril), tornando-se mais significativo tanto para aqueles que estão “lutando” contra a doença, como para profissionais da área da saúde envolvidos.

**Tabela 04 –** Ficha técnica do documentário “Câncer: sem medo da Palavra”

<b>Direção e Montagem</b>	Luiz Alberto Cassol
<b>Produção Executiva</b>	Christian Lüdtke, Luiz Alberto Cassol e Sílvia Lensen
<b>Direção de Fotografia</b>	Christian Ludtke e Marcos Borba
<b>Still</b>	Paulo Henrique Teixeira
<b>Finalização</b>	Maurício Canterle
<b>Trilha Sonora e Desenho de Som</b>	Gerson Rios Leme
<b>Pesquisa</b>	Luiz Alberto Cassol e Sílvia Lensen
<b>Decupagem</b>	Juliane Fossatti
<b>Direção de Produção</b>	Patrícia Garcia
<b>Equipe de Produção</b>	Fabiano Foggato e Ricardo Paim
<b>Som Direto</b>	Maurício Stock



**Tabela 04 - Continuação**

<b>Chefe de Elétrica</b>	Felipe Iop Capeleto
<b>Material Gráfico</b>	Luciano Ribas
<b>Divulgação</b>	Juliane Fossatti
<b>Realização</b>	Finish Produtora
<b>Origem</b>	Brasileiro
<b>Duração</b>	70 min
<b>Idioma</b>	Português do Brasil
<b>Genero</b>	Documentário

## 4.2 Divulgação Científica

A divulgação da ciência acompanhou a história da ciência desde o princípio com diversas motivações e objetivos. Assim como a ciência evoluiu, as formas de divulgação e popularização da mesma também acompanharam essa evolução. Hoje há uma grande variedade de formas e de instrumentos para a divulgação da ciência tais como: jornais, revistas, TV, congressos, seminários, e é claro os documentários.

O objetivo da divulgação científica, para além de divulgar a ciência também é aproximar o público leigo das descobertas e avanços nas mais diversas áreas. Neste contexto nos deparamos com dois tipos de vocabulário que se completam para permitir uma compreensão adequada do produto de divulgação científica. No primeiro tipo temos a presença de um discurso científico que contém uma terminologia específica de cada área, que apenas especialistas poderão entender sem mais explicações. Já no segundo, a divulgação científica introduz definições de termos, explicações adicionais e pode também parafrasear passagens mais técnicas usando uma terminologia mais comum.

Como foi detalhado no tópico anterior, o documentário “Câncer: sem medo da palavra” teve o seu roteiro desenvolvido no contexto do preconceito e do medo associados à doença do cancro (câncer) e muitas vezes à própria palavra. Uma vez que a produção do documentário vem de um projeto desenvolvido por alunos do curso de psicologia no âmbito da disciplina “Psicologia e Cinema”, o mesmo tem não só aplicabilidade no contexto académico, como também pode ser uma ferramenta para auxiliar pacientes e familiares no processo de tratamento da doença.

A proposta de legendagem do documentário, é não somente uma ferramenta para o desenvolvimento deste projeto, mas pode, depois da conclusão do mesmo, ser utilizado para divulgação do produto em mais um idioma (francês). A divulgação do documentário legendado é, portanto, uma legítima forma de comunicação da ciência, uma vez que o conhecimento será transmitido de forma mais abrangente, alcançando um público-alvo muito maior.

Durante a escolha do documentário para legendagem, o diretor Luiz Alberto Cassol, demonstrou total interesse no resultado deste trabalho prático. O presente documentário já foi traduzido para o espanhol e com a conclusão deste projeto, poderá também, ser transmitido em países francófonos, expandindo o conhecimento sobre um aspecto tão importante do tratamento do cancro: o lado psicológico de pacientes e familiares.

#### **4.3 O Documentário de Divulgação Científica**

Um documentário precisa apresentar várias características para ser classificado como documentário de divulgação científica. Em primeiro lugar, deve ter como objetivo transmitir algum tipo de conhecimento científico a um público alvo identificado (crianças, estudantes, doentes, etc...), segundo o qual a abordagem do tema escolhido pode ser diferente de uma categoria para outra. A segunda característica de um documentário de divulgação científica é de ter a participação de profissionais da área e de jornalistas científicos, elementos indispensáveis à transmissão de conhecimentos novos e acima de tudo corretos. De modo geral, nesta categoria, busca-se criar pontes entre o saber científico e o saber cotidiano na medida em que faz chegar, a determinado grupo, situações e contribuições que levem à reflexão e motivem a busca pelo conhecimento.

O rápido e crescente avanço nas áreas de ciência e tecnologia tem impulsionado o interesse pelo cinema documentário, pois é cada vez mais importante a divulgação destes avanços à sociedade. De acordo com León and Hugo (2001) foi durante os séculos XVII e XVIII que surgiram as primeiras iniciativas de divulgação do conhecimento ao público na forma de artigos de jornais. No que tange a produção audiovisual, os primeiros registos datam de 1896 e 1897 quando utilizou-se pela primeira vez o cinema para demonstrar procedimentos cirúrgicos. Mas foi apenas após a 2ª guerra mundial, com a criação das primeiras organizações dedicadas a promover a divulgação científica, que esta modalidade de disseminação do conhecimento ganhou popularidade.

Na grande maioria dos casos, os conhecimentos científicos abordados nos documentários de divulgação científica têm como público-alvo pessoas que têm poucos ou que não têm conhecimentos na área. Por isso, a abordagem das temáticas deve ser didática e graduada. Para conseguir cumprir tais objetivos, um documentário de divulgação científica poderá conter explicações e/ou definições de termos e vocabulário próprios a certas áreas, assim como muitas pontes/relações entre o cotidiano e o tema abordado, a fim de introduzir o espectador no tema.

Couto and Rezende (2012: 165), resumem as principais características de um documentário de divulgação científica:

“persuasão racional do espectador com base na veracidade e no interesse das questões que apresentam; centram-se em assuntos certos e acabados, sobre os quais não há controvérsias significativas ou evidentes; [...]recorrem à simplificação, a metáforas e analogias, com o objetivo de tornarem-se claros e atraentes, ainda que sob pena de incorrer em superficialidade; os tipos de argumentação utilizados variam de acordo com as peculiaridades da audiência, todavia, pretende-se chegar a uma objetividade livre de interesses e preconceitos, independente e que permita ao espectador formar sua própria opinião”.

No caso do documentário “Câncer, sem medo da palavra”, estas características são alcançadas com a presença de um médico especializado em oncologia, uma enfermeira de serviços de oncologia, e o depoimento de doentes do cancro e familiares. Ao longo do filme, encontramos muitos termos científicos explicados e ilustrados que, muitas vezes, são desconhecidos ou mal entendidos por parte da população. Neste aspeto, o filme não negligencia seu público alvo - público sem conhecimentos aprofundados sobre o cancro - e consegue transmitir muitas informações ao espectador. Isto se reflete no glossário (ver capítulo 8)

elaborado neste relatório, onde muitos dos termos presentes também são explicados ao longo do documentário.



## **5. Cancro: Estado da arte**





## 5.1. História do cancro

### 5.1.1. Origens

Os primeiros vestígios do cancro datam da pré-história. Até há pouco tempo, acreditava-se que a ocorrência mais antiga datava de 4 mil anos, com a descoberta de tumores ósseos em múmias egípcias (WHO, 2013). Dois exemplos ilustram esta teoria. O primeiro é um esqueleto da Idade do Ferro descoberto na Suíça, que apresentava vestígios de um osteosarcoma, tipo de tumor maligno dos ossos. O segundo é um esqueleto da época paleolítica, achado nos Pirenéus, que apresentava outro tipo de vestígios de tumor, também nos ossos, conhecido hoje como um mieloma múltiplo (Bacque, 2008). Entretanto, um recente estudo conduzido por uma equipe de pesquisadores americanos da Universidade do Kansas, mostrou que a doença pode ser bem mais antiga: um fóssil de um homem neandertal encontrado numa caverna em Krapina – Croácia, que viveu há 120 mil anos, mostra sinais de um tumor ósseo (Monge *et al.* 2013). Este achado é, até agora, o mais antigo tumor encontrado no registo fóssil humano. No entanto, mais estudos precisam ser conduzidos a fim de redefinir a história do cancro e, quem sabe descobrir a origem da doença.

Os primeiros vestígios escritos de estudos do cancro foram encontrados na antiga civilização egípcia. Papiros dessa época relataram estudos e tratamentos de dois tipos de tumores, nomeadamente os “tumores de vasos” (sólidos) e os “tumores de carne”. Além destes escritos, algumas múmias apresentaram tumores, embora os mesmos ainda não exibissem nenhum tipo explícito de tratamento ou de cura (Bacque, 2008).

Já na antiguidade, o grego Hipócrates, conhecido como o “Pai da Medicina”, analisou estes tumores com mais cuidado e usou os termos “carcinós” e “carcimoma”, que em grego querem dizer caranguejo, referindo-se ao aspeto dos tumores cujas projeções e vasos sanguíneos ao seu redor fazem lembrar as patas de um crustáceo. Foi também Hipócrates o primeiro a associar o desenvolvimento da doença com fatores ambientais (Silva, 1999). Posteriormente, o médico romano Galeno também se referiu aos tumores chamando-os de *oncos* (inchaço em grego). Estas duas palavras ainda são usadas até hoje para referir-se tanto à doença (cancro, câncer) como a especialidade médica

(oncologista)(America Cancer S., 2012). Galeno foi considerado, durante muitos anos, como referência no diagnóstico e tratamento do câncer. Apesar destes estudos, quer sejam do Antigo Egito, quer da Grécia ou Roma, a doença ainda era vista como incurável (American Cancer S., 2012).

### **5.1.2. O cancro no Renascimento**

Foi durante o período do Renascimento que os avanços no campo da medicina e da cirurgia levaram a novas descobertas no tratamento do cancro. Entre os principais personagens, no que toca à pesquisa sobre o cancro durante este período, destacam-se três: Giovanni Morgani, John Hunter e Percival Pott. Giovanni Morgani foi o primeiro a fazer o que se tornou rotina hoje: em 1761, ele realizou autópsias na procura de explicações sobre tumores (America Cancer S., 2012).

Seguindo os avanços da realização de autópsias em pacientes, John Hunter (1728-1793), que era cirurgião, sugeriu a realização de cirurgia em alguns pacientes com cancro, casos onde o tumor não tinha invadido os tecidos mais próximos. Segundo ele “se o tumor era removível, não havia problema em removê-lo” (American Cancer S., 2012).

Foi também durante esse período que foi conduzido o primeiro estudo de caso da incidência de cancro. Em 1775 Percival Pott estudou um caso particular: a alta incidência de casos de cancro do escroto na profissão de limpa chaminés em Inglaterra, ao passo que esta doença quase não existia no resto da Europa (Silva, 1999). A conclusão do estudo confirmou as hipóteses de Hipócrates sobre a influência dos fatores ambientais (neste caso químico: compostos presentes na fuligem) sobre a ocorrência de cancro, sendo que a exposição prolongada à fuligem sem equipamento adequado favorecia o desenvolvimento do cancro do escroto. Desde então, o cancro vem sendo relacionado com fatores biológicos, físicos e químicos.

Um século após estas descobertas, com o aparecimento da anestesia, o ato cirúrgico tornou-se um dos principais meios de tratamento e obtenção da cura do cancro. Foi também neste mesmo período, que o desenvolvimento da

microscopia tornou possível a análise de forma mais precisa dos tecidos removidos. Assim sendo, após a cirurgia, os especialistas eram capazes de saber se o tumor tinha sido ou não completamente removido (American Cancer S, 2012). Até ao final do século XX, a cirurgia “exploratória” (procedimento realizado para ver dentro do corpo e ajudar no diagnóstico) era necessária em muito dos casos para estabelecer o diagnóstico do cancro.

## **5.2 TRATAMENTOS E DESCOBERTAS RECENTES**

### **5.2.1. Primeiros avanços significativos no diagnóstico**

O diagnóstico do cancro mudou radicalmente a partir dos anos 60, graças à descoberta de novos métodos e do início da era informática. Em 1923, Giorgios Papanicolaou desenvolveu um teste de deteção do cancro do colo do útero, chamado teste de Papanicolaou ou Pap. Infelizmente, a comunidade científica não ficou convencida e o teste não foi utilizado até aos anos 60, quando a American Cancer Society (ACS) o adotou e obteve diagnósticos precisos. Desde então, vem sendo realizado como um teste de rotina, resultando na diminuição de 70% da incidência de cancro do útero nos EUA, graças à deteção precoce de tumores (do Nascimento and Monteiro, 2012; American Cancer S., 2012; Brenna and Zeferino 2001).

No final dos anos 60, o desenvolvimento da mamografia (aliada a criação do mamógrafo em 1965) também permitiu um diagnóstico melhor e mais precoce de tumores da mama. Um estudo pioneiro conduzido por uma equipe de pesquisadores americanos em Nova York (EUA) foi o primeiro relato do sucesso do uso da mamografia na redução da mortalidade provocada pelo cancro da mama. A partir de então, com os avanços na medicina, principalmente da imageologia, a mamografia digital tornou-se no exame mais eficiente na deteção do cancro da mama (Picard 1998, Gold, Bassett, and Widoff, 1990, Van Steen and Van Tiggelen, 2007).

Os anos 70 foram marcados pela descoberta das novas tecnologias, especialmente aplicadas à medicina, que ajudaram no diagnóstico do cancro. De

entre as principais descobertas, quatro revelaram-se decisivas e vêm sendo utilizadas desde então (WHO, 2013).

- O aperfeiçoamento dos ultrassons permitiram a adaptação dos aparelhos de ultrassom à área da medicina no início dos anos 70. Isto permitiu uma melhor visualização dos tecidos e dos órgãos do corpo humano, e, conseqüentemente, uma melhoria no diagnóstico de tumores;
- O desenvolvimento da tomografia computadorizada (do grego *tomos*) entre 1970 e 1975, técnica que consiste na elaboração de imagens a partir de Raio X, gama ou de ultrassom, e de um computador para tratar dados. Esta técnica permite a obtenção de imagens do corpo, em vários cortes/planos horizontais e verticais. Isto ajudou tanto no estabelecimento de diagnósticos como no controlo da eficiência do tratamento de um tumor.
- O primeiro trabalho ligando a ressonância magnética à medicina é um estudo de Raymond Damadian publicado em 1971 e enfatiza a diferença de resposta à ressonância magnética entre tecidos sãos e cancerosos. No entanto, foi preciso esperar até 1977 para ter a primeira ressonância magnética de um ser vivo. Esta técnica permite obter imagens em 2D ou 3D do interior de um organismo.
- A tomografia por emissão de pósitrons (PET) cujo objetivo é também a obtenção de imagens do organismo. No entanto, o seu funcionamento é um pouco diferente e teve um papel importante na deteção de tumores. A PET consiste na injeção no organismo de uma solução de baixa radioatividade, que tende a fixar-se em tecidos que consomem altas quantidades de açúcares, tais como os tumores. É possível, em seguida, localizar a solução no organismo com a ajuda de raios-x.

Estas técnicas desenvolvidas nos anos 70 têm todas a particularidade de serem não-invasivas, levando a uma diminuição significativa do número de cirurgia exploratórias. E nos casos em que a cirurgia exploratória se revela indispensável, estas técnicas ainda ajudam grandemente no sucesso do diagnóstico.

### 5.2.2. Tratamentos

Além da cirurgia para a remoção do tumor maligno, existem outras técnicas, que podem ser usadas em conjunto ou separadamente no tratamento de cânceros.

Nesta parte, abordar-se-á, resumidamente, diferentes tipos de tratamentos do câncer. Existem quatro tipos de tratamentos além ou em complemento da cirurgia. Estes tratamentos são: a terapia de hormônios, a radioterapia, a quimioterapia e a imunoterapia.

A terapia de hormônios tem origem no século XIX (1878), quando Thomas Beaton relacionou a esterilização de um coelho fêmea e a interrupção de produção de leite da mesma. Em seguida, efectuou testes de esterilização em animais acometidos pelo câncer da mama, e constatou uma melhoria para o animal, e um desenvolvimento mais lento do tumor. Foi então estabelecida a relação entre a produção de hormônios pelo organismo e o risco de desenvolvimento de tumores (no seio para mulheres, e na próstata para homens, por Charles Huggins nos anos 20). Mas foi apenas recentemente que medicamentos reguladores de hormonas foram criados e utilizados no tratamento de cânceros da mama e da próstata (Whitmore, 1956).

A radioterapia foi desenvolvida cedo, no início do século 20, pouco tempo após a descoberta dos raios-x. Roentgen utilizou-os em primeiro lugar com fins de diagnóstico, mas foi em França que descobriram que doses diárias de raios-x diretamente na zona do tecido tumoral aumentavam significativamente as chances de cura dos pacientes. Os aparelhos e as técnicas foram melhorados com o tempo e ainda hoje é uma técnica muito utilizada, tanto no tratamento do tumor, como para prevenir recidivas após a remoção deste (Thariat *et al.*, 2013).

A quimioterapia é o tratamento do câncer mais conhecido. Ela consiste na administração de substâncias químicas, geralmente por meio de um catéter implantável (que tem a vantagem de não danificar as veias) ou por uma veia. A composição deste tratamento é feita de acordo com cada paciente. A quimioterapia age em todo o organismo, o que quer dizer que trata o tumor já encontrado, mas também nos possíveis outros tumores presentes, no caso de um

cancro que já está em fase de metástase. O tratamento age no ADN e no ARN, destruindo os tumores ou reduzindo o ritmo de crescimento destes (DeVita and Chu, 2008; Santéweb, 2000).

Por fim, a imunoterapia, que consiste em estimular as defesas imunitárias do organismo, pode ser dividido em duas técnicas diferentes: imunoterapia ativa e imunoterapia passiva. Estas duas técnicas, embora tenham as suas particularidades, consistem, de modo resumido, na administração de anticorpos artificiais que vão estimular o organismo no combate aos tumores. O tratamento pode agir em todo o organismo ou ser direcionado apenas para o tumor identificado. Este tratamento começou a ser utilizado há apenas alguns anos e vem sendo combinado cada vez mais com a quimioterapia.

### **5.2.3. Descobertas do Século XXI e desafios futuros**

O início do século XXI não foi diferente do século anterior, e muitos avanços na medicina trouxeram novas descobertas, que vieram principalmente mudar os diagnósticos e os tratamentos do cancro. As técnicas e tecnologias já conhecidas continuam a evoluir, bem como o surgimento de novas tecnologias, permitindo um avanço considerável nesta área. Espera-se que, em pouco tempo, se obtenha formas mais rápidas e eficazes de diagnóstico e tratamento, o que poderá salvar a vida de milhares de pessoas.

Por exemplo, o desenvolvimento da cirurgia robótica certamente permitirá a remoção de tumores de maneira mais eficaz e menos invasiva do que as técnicas de hoje (American Cancer S., 2012). Da mesma maneira, a utilização do perfil de expressão génica no diagnóstico do cancro da mama já foi comprovada, com a identificação dos genes BRCA1 e BRCA2 (Kaba, 2005), cuja presença aumenta significativamente a probabilidade da paciente vir a ter o cancro da mama. O objetivo no futuro é conseguir identificar outros genes a fim de obter um diagnóstico precoce, aumentando consideravelmente as chances de cura dos pacientes.

## **5.3 O lado psicológico do cancro**

A palavra cancro traz consigo uma série de associações simbólicas, podendo afetar a percepção da doença, bem como o modo como as pessoas se comportam em relação à mesma. A forma como o cancro é representado socialmente acaba por gerar um sentimento de desvalorização social; dessa forma, a doença além de um desvio biológico, é também um desvio social, colocando o doente numa posição de ser socialmente desvalorizado (Laplantine 1991).

O fator psicológico do cancro é um aspecto da doença que não deve ser negligenciado. Desde a década de 70, foi comprovado empiricamente que um bom acompanhamento psiquiátrico efetuado pelo próprio médico, se este tiver as competências necessárias, ou por um profissional da área, pode revelar-se decisivo na possibilidade de cura de um paciente diagnosticado com cancro (da Silva, 2008).

### **5.3.1. No ato do diagnóstico**

Desde a suspeita até ao diagnóstico, é necessário, da parte do médico, ser cauteloso sobre como anunciar os passos e os exames ao paciente. Isso porque a palavra cancro é, na mente das pessoas, sinónimo de morte ou mudanças físicas às vezes radicais (mutilantes) e definitivas.

A palavra cancro é muitas vezes referida como sinónimo de morte, porque, apesar dos grandes avanços em termos de cura, apenas 2 em cada 3 pessoas com câncer irão sobreviver mais que 5 anos (American Cancer S., 2012). Além das estatísticas, existe também o facto de que as chances de cura não são as mesmas para todos os tipos de cancros: enquanto alguns têm grandes chances de cura (cancro da mama, da próstata, quando detetados precocemente), outros são, na maioria dos casos, letais (cancro das vias respiratórias).

No momento de anunciar o diagnóstico, o médico deve avaliar o paciente à sua frente, ou até conversar com familiares primeiro, para optar pela melhor

maneira de anunciar o diagnóstico da doença. Este primeiro passo é muito delicado, pois ele tem como objetivo deixar o paciente ciente da sua situação, e de convencê-lo a aceitar um tratamento penoso, em muitos casos doloroso, mas que pode salvar sua vida (Libert and Reynaert, 2009).

O segundo grande impacto do cancro são as mudanças físicas que o tratamento pode trazer. Estas mudanças podem ser radicais, como alguns casos relatados no documentário legendado “Cancer: sem medo da palavra”. Podemos citar dois intervenientes, que relatam as mudanças físicas que sofreram durante o tratamento. Primeiramente, o estudante Fernando Culau relata a dificuldade que teve ao fazer o tratamento de quimioterapia, quando perdeu o cabelo. Relata as dificuldades que passou simplesmente ao sair de casa e, em algumas situações, ter que enfrentar o olhar das outras pessoas. E em segundo, a Eva Flores, “membro da igreja”, que apesar de parecer bem com a situação, confessa o choque que foi de saber que iria ter que fazer uma mastectomia. Ela relata com emoção como aceitou este facto e o que a permitiu superar isto.

O cancro pode levar a outras mudanças fisiológicas, como o cancro da garganta entre outros, e neste aspecto da doença, foi provado que um acompanhamento por um psicólogo traz inúmeros benefícios, como uma melhor resposta ao tratamento e uma diminuição dos efeitos indesejados dos tratamento (Contel *et al.*, 2000; da Silva, 2008).

No caso de cancros sem possibilidade de cura, o acompanhamento psicológico é também essencial para manter a mínima qualidade de vida do paciente e também de sua família. O paciente, não somente em fase terminal, mas durante todo o percurso da doença, apresenta fragilidades e limitações específicas de ordem física, psicológica, social e espiritual, necessitando, portanto, de acompanhamento e cuidados específicos (da Silva and Sudigursky, 2008; Kovács, 1998). Um estudo realizado em pacientes com cancro em estado avançado comprovou que a adoção de psicoterapia de apoio reduz significamente o estado depressivo dos pacientes tratados, colaborando para manter a qualidade de vida destes pacientes (Akechi *et al.*, 2008).



### 5.3.2. Após a cura

Quando um cancro chega a ser curado, o psicólogo ainda tem um papel a desenvolver. Após um tratamento longo e muitas vezes doloroso, vários problemas podem apresentar-se diante do paciente. Na maioria das vezes, a pessoa é forçada a parar de trabalhar durante o tratamento, por razões tanto práticas (sessões de quimioterapia repetidas, efeitos secundários), como de segurança. Em alguns casos, a volta ao trabalho pode ser um desafio difícil de superar, particularmente a sua reintegração no ambiente de trabalho (Venâncio, 2004).

Outra dificuldade de ordem psicológica que pessoas que tiveram cancro têm de enfrentar é o medo da recidiva do cancro. Esta probabilidade de recidiva é muito alta nos casos em que o cancro deu metástase, e os pacientes geralmente foram avisados e estão preparados para um eventual regresso do cancro em outro lugar do organismo. Nos casos em que o cancro não deu metástase, uma vez o tumor retirado e o tratamento terminado, existe um determinado tempo (segundo cada tipo de cancro) em que o paciente tem de fazer exames regulares para confirmar a cura, e prevenir a recidiva do tumor. Este tempo, embora seja variável, é sempre longo, podendo durar anos. No entanto, mesmo que o paciente tenha efetuado todos os exames de controle após a cura e pareça estar curado e ter evitado a recidiva, em casos excecionais o cancro pode ter uma recidiva tardia, até mais de 10 anos depois da cura. Por isso, é importante o acompanhamento por um psicólogo, com o objetivo de gerir este medo de recidiva e o acompanhamento deste se o tumor voltar (Gianini, 2007).

Outro ponto que vale a pena citar aqui, embora vá diminuindo ao longo dos anos, é o preconceito associado à palavra “cancro” e à própria doença. À doença, porque no caso de alguns cancros, como o cancro do pulmão, a pessoa é frequentemente estigmatizada por parentes e amigos (com ou sem razão), e sofre comentários sobre como leva a vida e culpa-se da sua doença. Isto faz com que o paciente se sinta mal, culpado, e até as vezes esconda sua doença, por medo destas reações. Às vezes, nem é preciso a intervenção de pessoas próximas para o paciente já se sentir culpado por ter contraído a doença.

Preconceito em relação à doença também em consequência das mudanças físicas que provocam o tratamento do cancro. Estas mudanças físicas são variadas e ligadas ao tipo de tratamento ao qual o paciente é submetido. Pode afetar a pilosidade no caso da quimioterapia, o que muda o olhar das pessoas ao seu redor, e até às vezes os seus comportamentos (até recentemente, pessoas acreditavam que o cancro podia ser contagioso). Pode também, no caso de uma mastectomia, mudar o físico da mulher, numa parte do seu corpo que é muito valorizada pela sociedade, o que pode criar um tipo de desconforto em público, ou ainda experienciar uma rejeição do seu próprio corpo após o tratamento.

E para terminar, existe um preconceito com a palavra “cancro”. Na sociedade de ontem e de hoje ainda, a palavra cancro é muitas vezes associada ao sofrimento e à morte. Mesmo com as melhorias em termos de diagnóstico, tratamento e cura, esta ideia permanece e faz com que uma parte da população não pronuncie a palavra “cancro”, por medo da reação de outras pessoas. Este medo prejudica, não somente o paciente, mas também a pesquisa, já que geralmente conhecemos os nomes de técnicas de diagnóstico e de tratamento, mas muitos não sabem em que consistem e quais seus efeitos no organismo e nos tumores (Kovács, 1998).

## **6. Reflexão Crítica**



## 6.1 Retrospectiva do trabalho

No final deste projeto, convém fazer uma retrospectiva do trabalho realizado. Neste tópico, abordarei os pontos positivos durante o desenvolvimento deste projeto, bem como pontos negativos.

Em primeiro lugar, queria salientar o prazer que tive ao realizar este projeto. Já tinha grande interesse em conhecer melhor a prática da legendagem de produtos audiovisuais antes de entrar para o mestrado em Tradução Especializada, e a matéria de Tradução Audiovisual veio confirmar a minha inclinação para esta área de atuação dentro da Tradução Especializada.

Ao abordar a legendagem deste documentário, só tinha como experiência de legendagem de vídeos curtos (entre 2 e 10 min.), que tivemos a oportunidade de legendar durante as aulas de Tradução Audiovisual, uma vez que era impossível trabalhar com vídeos de maior duração devido à quantidade de conteúdo a ser abordado durante o semestre letivo. A tarefa de legendar uma longa metragem é completamente diferente e requer, consequentemente, mais competências. Não que o trabalho em si seja diferente, mas a duração extensa do vídeo leva de facto a redefinir as capacidades do tradutor de atenção e de paciência com seu trabalho.

Outro aspeto do projeto, que geralmente encontro em boa parte das traduções, quer sejam trabalhos de legendagem ou de tradução mais clássica, é a fonte de informações veiculada pelo material original. Uma das razões que me levou a escolher o ramo da tradução é sua capacidade de transmissão de novas informações, extremamente importante na nossa sociedade onde há contínua troca de informação. A legendagem do documentário permitiu também a familiarização com alguns termos utilizados na área das ciências da saúde e da vida, agregando-se ao conhecimento adquirido no campo da legendagem.

Outro ponto positivo deste projeto, e talvez importante para a minha futura carreira como profissional de legendagem, é que a versão definitiva da legendagem será enviada ao realizador e à produtora, no Brasil. O realizador, Luiz Alberto Cassol, demonstrou interesse em usar o documentário legendado para divulgação em países francófonos.

No que diz respeito aos pontos negativos, felizmente não encontrei grandes dificuldades na legendagem do documentário, talvez pela proximidade que tenho da língua portuguesa adquirida durante estes seis anos de convivência com o idioma (Português do Brasil + Português Europeu). Como ponto negativo posso apontar o problema de compatibilidade (ver secção 2.2) encontrado na ferramenta *Subtitle Workshop*, utilizada na parte prática deste projeto. Este problema acabou por exigir tempo, uma vez que a sua solução era necessária para chegar até aqui.

## **6.2 Considerações sobre a tradução e legendagem**

Neste tópico, faremos uma consideração geral da tradução e legendagem do documentário. Mas antes de iniciar, convém esclarecer uma situação que originou parte dos pontos a serem analisados. Quando recebi o documentário por parte da produção, este não veio acompanhado do respectivo guião. Após o pedido e a receção deste, constatou-se serem 16 páginas de texto corrido, sem a precisão dos intervenientes e com erros ortográficos ou de sintaxe, ao ponto de mudar o sentido de algumas falas. A primeira tarefa foi então de assistir ao documentário acompanhado do guião para corrigi-lo e ver a estrutura do mesmo.

Trataremos aqui dois aspetos do documentário: os níveis prosódicos e semânticos. O nível prosódico refere-se a tudo que se relaciona com o som e as falas do documentário, quer seja de ritmo ou de sotaque ou da qualidade do som. Por outro lado, o nível semântico refere-se ao conteúdo do (que é dito no) documentário, quer seja o tipo de vocabulário utilizado e/ou da presença de diferenças entre o que é dito no áudio e nas legendas. A escolha destes dois aspetos é diretamente relacionada com a natureza do produto audiovisual legendado para este projeto. O documentário resume-se a uma série de entrevistas (não preparadas antecipadamente) o que resulta muitas vezes em quebra de ritmo (nível prosódico) requisitando habilidade do tradutor/legendador para lidar com estas situações. Além do mais o documentário apresenta as visões de dois tipos de entrevistados, pacientes e profissionais gerando dois tipos de

discursos (nível semântico). Nas sub-seções 6.2.1 e 6.2.2 estes dois aspetos são explicados com mais detalhes e relacionados a situações práticas encontradas durante a legendagem do presente documentário.

### 6.2.1 Nível prosódico

O primeiro facto que se nota ao começar a assistir ao documentário, é o sotaque dos participantes. O filme foi gravado no estado de Rio Grande do Sul, Brasil, uma região que tem um sotaque forte, como vícios de linguagem incomuns aqui em Portugal, sendo o principal a conjugação equivocada dos verbos na segunda pessoa do singular. Deparei-me durante todo o documentário com vários exemplos, tais como “tu está”, “tu é”, ou ainda “tu faz”. Isto pode chegar a confundir, ou até “irritar” o telespectador que já tem algum conhecimento de português.

Outro ponto importante a respeito das falas do documentário é seu ritmo. Percebemos que as entrevistas não foram preparadas antecipadamente e que os participantes falam de uma maneira natural, o que ocasiona regularmente pausas, hesitações ou correções por parte deles. Isto revelou-se ser um desafio durante a legendagem, porque tive que identificar cada uma destas situações, e decidir se a pausa tinha de ser marcada na legenda ou não, de reconstruir frases que mudaram de sentido no meio, devido a uma correção, ou ainda de afastar umas frases hesitantes que não tiveram conclusão.

Estas decisões foram tomadas depois de uma análise particular de cada caso, identificando se a marcação da pausa iria prejudicar o bom entendimento do telespectador. Segue abaixo um exemplo. Nesta situação, a interveniente se corrige duas vezes na mesma frase, e transcrever essas correções nas legendas iria apenas confundir o telespectador.

Exemplo:

- Legendas (333-334):

*Puis j'ai lu des reportages,  
des témoignages de personnes*

*qui ont eu le cancer.*

*Aúdio: “Comecei a ler, muitas reportagens, muitas pessoas que fizeram, que tivess... que tiveram câncer.”*

O último aspecto diz respeito a qualidade do som durante as intervenções do diretor/narrador, cujos comentários e perguntas são de difícil compreensão, o que dificultou a legendagem em alguns momentos, tornando-se necessário assistir ao mesmo trecho repetidas vezes. No entanto, não permaneceram dúvidas no que toca a estas intervenções após as repetidas visualizações.

### **6.2.2 Nível semântico**

A nível semântico, podemos realçar dois pontos no documentário “Câncer sem medo da palavra”: o vocabulário usado pelos profissionais, e o usado pelas testemunhas, e as diferenças entre o áudio e a legendagem.

O vocabulário utilizado no filme tem dois aspetos, sendo que os profissionais e as testemunhas não falam da mesma maneira durante as entrevistas. O médico e a enfermeira usam mais termos de especialidade, por exemplo, falam em oncologia, hematologia, leucemia linfocítica aguda entre outros. Estes termos, de uma forma geral, podem ser de difícil compreensão para o telespectador. Ao contrário, as testemunhas usam palavras comuns para contar histórias, e mostram-se imprecisos em relação aos tratamentos. Um aspecto positivo no meio de tudo isto é a presença de uma alternância entre estes dois discursos, o que permite ao telespectador não se perder durante longos discursos com termos de especialidade, mas talvez aprender mais sobre a doença e seu vocabulário já que as testemunhas chegam a completar a palavra dos profissionais com vocabulário mais simples e compreensível.

Em segundo lugar, vamos explicar as diferenças entre o áudio e as legendas produzidas durante a realização deste trabalho. O conteúdo final das legendas é ligeiramente diferente do áudio por várias razões. A primeira é a busca na redução de legendas, sempre feita sem perda de informação. Esta redução foi necessária para poder respeitar as restrições temporais impostas pela



legendagem, que não podiam conter a integralidade do que é dito no vídeo, mas também para ajudar o telespectador a entender melhor algumas falas que demoram a chegar às suas conclusões. A segunda tem a ver com as imprecisões, troca de palavras durante uma frase ou próprias correções dos intervenientes, que não eram relevantes traduzir nas legendas. É justamente por isso que quando trata-se de tradução para legendagem, falamos muitas vezes em “tradaptação”.



## **7. Conclusão**



Hoje nos deparamos com legendagem todos os dias, quer na televisão, quer no cinema ou até em vídeos da internet. Esta disciplina permitiu a internacionalização da ciência e da cultura, e o tradutor/legendador é o ponto chave deste processo. O papel do tradutor/legendador vai além de traduzir um documento, participa numa maior divulgação de conhecimentos e torna a informação mais acessível.

No contexto do meu projeto, sinto que o documentário é uma fonte de informação não só para profissionais de saúde que lidam diariamente com o cancro, mas também para pacientes e familiares dos mesmos que convivem com esta doença. Como já foi referido, o cancro é a doença de maior impacto do século XX, sendo a principal causa de morte em 2008 (WHO, 2008). Portanto, o documentário é extremamente pertinente, quando nos faz refletir sobre o aspeto psicológico, às vezes negligenciado quando se fala no cancro.

Esta experiência “em tamanho real” revelou-se muito importante para meu futuro como profissional, particularmente na área da legendagem. Penso que este projeto poderá ser uma vantagem no futuro e talvez abrirá oportunidades, já que o diretor do documentário manifestou grande interesse na realização do projeto, pelo facto da possibilidade de uma maior divulgação do documentário em festivais internacionais, por exemplo.

Por todas estas razões, o presente trabalho traz uma contribuição robusta tanto no campo da legendagem como na área das ciências da vida e da saúde, uma vez que torna acessível, para um público-alvo muito mais amplo, um assunto tão importante da atualidade. O projeto também conclui o ciclo de estudos do Mestrado em Tradução Especializada, que me capacitou com todos os conhecimentos necessários à concretização deste projeto.

De modo geral, posso dizer que estou realizado com a conclusão deste trabalho. O mesmo veio agregar valor à minha futura carreira profissional, bem como confirmar o campo de trabalho no qual pretendo atuar: a legendagem. O projeto é importante também para a área da legendagem e pode vir a ser utilizado em futuros trabalhos que versam sobre o tema das ciências da saúde e da vida e da tradução/legendagem.



## **8. Glossário**





## GLOSSÁRIO

### A

**Anemia** – Diminuição abaixo do normal do número de eritrócitos existentes.

**Anémie** - Diminution anormale de la concentration de l'hémoglobine dans le sang.

**Axila** – Cavityde localizada debaixo do ombro, onde o braço insere-se no tronco (entre a extremidade superior do braço e o tórax); sovaco.

**Aisselle** – Partie inférieure de l'épaule, entre la partie supérieure et interne du bras et la paroi latérale du thorax, qui contient de nombreux vaisseaux et nerfs.

### B

**Baço** - Importante órgão situado no hipocôndrio esquerdo, que ajuda a destruir os glóbulos vermelhos inúteis e que é também um reservatório de sangue.

**Rate** - Organe richement vascularisé qui, avant la naissance, produit une partie des cellules sanguines et, après la naissance, joue un rôle important dans l'immunité.

**BCG** – Sigla de Bacillus Calmette-Guérin, que é uma vacina contra a tuberculose.

**BCG** - Bacille de Calmette et Guérin) est le vaccin destiné à protéger contre la tuberculose.

### C

**Câncer da mama** – Cancro da mama – tumor que se origina quando as células da mama começam a se dividir e multiplicar de maneira desordenada, originando uma neoplasia.

**Cancer du sein** - Tumeur maligne qui se développe au niveau du sein.

**Câncer (Br)/Cancro(Pt)** – O cancro caracteriza-se pela proliferação anómala de células de algum tecido ou órgão do corpo que adquirem características morfológicas e funcionais atípicas, multiplicam-se anarquicamente e constituem uma massa tumoral que cresce progressivamente e invade os tecidos adjacentes.

**Cancer** – Ensemble de cellules indifférenciées qui, échappant au contrôle de l'organisme, se multiplient indéfiniment, envahissent les tissus voisins en les détruisant, et se répandent dans l'organisme en métastases ; la maladie qui en résulte.

**Cateter** – Sonda que se introduz ao longo de um canal do organismo (artéria, veia, canal lacrimal, uretra, etc.) para retirar o seu conteúdo, introduzir substâncias medicamentosas ou corantes, servir de intermediário da determinação de pressões sanguíneas ou ainda para outros objetivos.

**Cathéter** - Tube que l'on introduit dans un organe creux du corps, afin de le drainer ou d'y introduire un liquide.

## D

**Diabetes** – Doença caracterizada por excesso de glicose no sangue, devido a perturbação do metabolismo do açúcar, e cujos sintomas principais são sede, secreção excessiva de urina e emagrecimento.

**Diabète** - Affection chronique caractérisée par une glycosurie (présence de sucre dans les urines) provenant d'une hyperglycémie (excès de sucre dans le sang).

**DNA/RNA – RNA** É a sigla para ácido ribonucléico (RNA), que é uma molécula também formada por um açúcar, um grupo fosfato e uma base nitrogenada. O RNA é o responsável pela síntese de proteínas da célula.

**ADN/ARN** - Constituant de la matière vivante, de forme hélicoïdale, analogue à l'ADN, plus précisément à l'une des deux chaînes qui constituent l'ADN : l'acide désoxyribonucléique. Cette molécule est constituée d'enchaînement elle-même fait d'alternance régulière de sucre, de ribose et de phosphates.

**Doença genética** – É uma doença causada por anomalias nos genes ou cromossomos.

**Maladie génétique** - Maladie résultant de l'altération d'un ou plusieurs gènes. Les maladies génétiques se caractérisent par la possibilité de leur transmission à la descendance de l'individu touché (transmission verticale).

**Doença neoplásica maligna** – Neoplasia é uma massa anormal de tecido como um resultado de neoplasia. Neoplasia é uma proliferação anormal de células.

**Maladie néoplasique maligne** - Prolifération pathologique de cellules, de tissus, formant une tumeur qui tend à se répandre dans le corps.

## G

**Gânglios internos** – Massa de tecido biológico, mais uma massa de corpos de células nervosas.

**Ganglions internes** - Un ganglion est une formation anatomique qui désigne deux notions sans rapport entre eux:

- le ganglion sympathique;
- le ganglion lymphatique.

## H

**Hematologia** – Ciência que se ocupa do estudo do sangue e dos órgãos em que se processa a formação e desenvolvimento das células sanguíneas.

**Hématologie** - Spécialité médicale consacrée à l'étude du sang du point de vue anatomique, histologique (cellule sanguine), physiologique (mécanisme biologique) et pathologique (concernant les maladies).

## L

**Leucemia** – Doença grave caracterizada fundamentalmente por um pronunciado e permanente aumento de glóbulos brancos (leucócitos) no sangue.

**Leucémie** - Prolifération maligne, c'est-à-dire incontrôlée, de cellules de la moelle osseuse.

**Leucemia linfocítica aguda** – Cancro das células brancas (leucócitos) do sangue caracterizada pela produção maligna de linfócitos imaturos (linfoblastos) na medula óssea.

**Leucémie aigüe lymphoblastique** - Leucémie provoquée par la multiplication de lymphocytes défailants dans la moelle osseuse appelés blastes.

**Leucemia mielóide crónica** – É um tipo de câncer que afeta as células mieloides (subtipo de glóbulos brancos) presentes na medula óssea.

**Leucémie myéloïde chronique** - Se caractérise par une production excessive et persistante au sein de la moelle osseuse des globules blancs (ou leucocytes). Une partie de ces globules blancs sont anormaux; ce sont des cellules immatures, c'est-à-dire dont le développement n'est pas terminé lorsqu'elles passent dans le sang.

**Lipoma** – Tumor benigno constituído por tecido adiposo. Pode surgir em qualquer parte do corpo e só causa perturbações quando atinge grande volume.

**Lipome** - Tumeur bénigne résultant d'une prolifération du tissu graisseux sous la peau.

**Linfoma** – Um cancro que atinge o sistema linfático, que faz parte do sistema circulatório.

**Lymphome** - Terme désignant différentes formes de maladies cancéreuses des lymphocytes. Les cellules cancéreuses touchent en particulier les ganglions lymphatiques.

## M

**Médico** – Pessoa que possui esse título e está inscrito na Ordem dos Médicos como membro efetivo.

**Médecin** - Personne titulaire d'un diplôme de docteur en médecine reconnu par l'État.

## N

**Nódulos** – Designação utilizada em Medicina para referir pequena eminência, verruga ou aumento de volume de um tecido ou de uma estrutura orgânica.

**Nodules** - Un nodule est une formation anormale de forme généralement arrondie, qui se développe à la surface d'un tissu ou dans un organe.

## O

**Oncologia/cancerologia** – Estudo dos tumores em todos os seus aspetos e, por extensão, dos cancros.

**Oncologie/cancérologie** - L'oncologie ou cancérologie est l'étude des tumeurs et des processus malins, et tout ce qui s'y réfère.

**Organismo** – Conjunto e disposição dos órgãos de um corpo.

**Organisme** - Ensemble des organes qui constituent un être vivant.

## P

**Pâncreas** – Glândula abdominal, anexa ao tubo digestivo, que segrega o suco pancreático (que é lançado no duodeno) e também uma hormona, a insulina.

**Pancréas** - Glande digestive à sécrétion interne et externe.

**Punção** – Introdução de uma agulha, de um trocarte ou da ponta de um bisturi delgado ou de qualquer outro instrumento pontiagudo numa estrutura anatômica com fins diagnósticos ou com fins terapêuticos

**Ponction** - Prélèvement ayant pour but d'extraire un liquide du corps.

## Q

**Quimioterapia** – É um tratamento em que se utilizam medicações que são capazes de destruir as células doentes (anormais). O quimioterápico (medicação) se mistura ao sangue e percorre o organismo, atingindo possíveis células tumorais circulantes.

**Chimiothérapie** - Ensemble de substances susceptibles de tuer des cellules cancéreuses actives (qui se multiplient et prolifèrent). Elles agissent soit en endommageant le matériel héréditaire c'est à dire les chromosomes et plus spécifiquement l'ADN permettant de transmettre les caractères de la cellule mère à la cellule fille). Ceci aboutit à la mort de la cellule.

**Quimioterápico** – Relativo a quimioterapia.

**Chimiothérapeutique** - Relatif à la chimiothérapie, au traitement par des substances chimiques.

## R

**Radioterapia** – Radioterapia é o uso controlado de radiações ionizantes para fins terapêuticos, principalmente de neoplasias malignas. As radiações dizem-se ionizantes por levarem à formação de iões nos meios sobre os quais incidem, induzindo modificações mais ou menos importantes nas moléculas nativas.

**Radiothérapie** - a radiothérapie est une méthode thérapeutique qui vise à détruire les cellules tumorales en utilisant des rayonnements ionisants.

Il existe différentes radiothérapies :

- Radiothérapie externe : radiothérapie transcutanée.
- Radiothérapie interne : curiethérapie : mise en place de sources radioactives à l'intérieur de l'organisme.
- Radiothérapie métabolique.

**Raio X** – Radiações eletromagnéticas de pequeníssimo comprimento de onda e de grande poder de penetração.

**Rayon X** - Le rayon X est un rayonnement électromagnétique composé de photons de 5 picomètres à 10 nanomètres. Utilisé dans la cristallographie et l'imagerie médicale.

**Rim** – Órgão excretor duplo que tem como principal função a produção de urina e a excreção de resíduos tóxicos do sangue.

**Rein** – Organe élaborant l'urine.

## **T**

**Tumor sólido** – Uma massa anormal de tecido que normalmente não contém cistos ou áreas de líquido. Tumores sólidos podem ser benignos (não cancerosos) ou malignos (cancerosos). Diferentes tipos de tumores sólidos são nomeados para o tipo de células que os formam. Sarcomas, carcinomas e linfomas são exemplos de tumores sólidos.

**Tumeur solide** - Une tumeur solide est une tumeur contenant du tissu Vascularisé.

**Tratamento** – Conjunto das terapias, remédios e cuidados usados num processo de cura.

**Traitement** - Ensemble des méthodes employées pour lutter contre une maladie et tenter de la guérir.

**Transplante de medula** – Administração de células hematopoiéticas pluripotenciais, colhidas da medula. Após a sua administração, estas células vão depois para a medula do receptor de modo a criarem novas células da série sanguínea saudáveis.

**Grefe de moelle osseuse** - Repopulation des cellules de la moelle osseuse, soit par des cellules d'un sujet sain (allogreffe), soit par les propres cellules du patient préalablement congelées (autogreffe).



## **9. Referências bibliográficas**

## 9.1 Webografia

<http://www.significados.com.br/bcg/>  
<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/>  
<http://www.infopedia.pt/>  
<http://www.priberam.pt>  
<http://www.linguee.pt>  
<http://www.medipedia.pt/>  
<http://cancroecancro.blogspot.pt/>  
<http://www.news-medical.net/>  
<http://www.futura-sciences.com/>  
<http://www.neosante.org/>  
<http://dictionnaire.sensagent.com/>  
<http://ruirodrigues.pt/>  
<http://www.soins-infirmiers.com/>  
<http://www.oncotrata.com.br/>  
<http://wikbio.com/pt/>  
<http://www.uclimaging.be/>  
<http://www.abrale.org.br/>  
<http://hematologie.net/>  
<http://www.mediadico.com/>  
<http://dictionnaire.reverso.net>  
<http://sante-medecine.commentcamarche.net/>  
<http://www.ameo.org.br/>  
<http://tudosobrehemato.blogspot.pt/>

## 9.2 Referências Bibliográficas

- American Cancer, S. (2012). *The history of cancer*. Retrieved 30 de Agosto 2013, from <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/thehistoryofcancer/index?sitearea>.
- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., and Furukawa, T.A. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *The Cochrane Library*.
- Anacleto-Matias, M.H. (2012). Legendagem versus dobragem na tradução e interpretação na Europa de hoje: impacto sócio-linguístico em Portugal e outros países europeus europeus. *Recipp*, 10. Retrieved from <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/818>
- Bacque, M.F. (2008). Les représentations archaïques des cancers traités par les biotechnologies avancées. *Psycho-oncologie*, 2(4), 225-233.
- Bouzat, C. (2011). *La traduction audiovisuelle: entre liberté (s) et contrainte (s) Cas de la série Ally BcBeal* (master's thesis). Université de Genève, Genève, Suisse.
- Brenna, S.M.F., and Zeferino, L.C. (2001). Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino Knowledge, attitudes, and practices related to the Pap smear among women. *Cad. Saúde Pública* 17(4), 909-914.
- Chaume, F. (2012). *Audiovisual Translation: Dubbing*. Manchester: St. Jerome Pub.
- Contel, J.O.B., Sponholz, JR.A., Torrano-Masetti, L.M., Almeida, A.C., Oliveira, E.A., Jesus, J.S., Santos, M.A., Loureiro, S.R., and Voltarelli, J.C. (2000). Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. *Medicina, Ribeirão Preto* 33(3), 294-311.
- Couto, H.H.O.M., and Rezende, L.A. (2012). Documentário de Divulgação Científica. *Ensino, Saúde e Ambiente* 5, 160-172.
- Da Silva, E.P., and Sudigursky, D. (2008). Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm* 21(3), 504-8.
- Da Silva, L.C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo* 13(2), 231-237.
- DeVita, V.T., and Chu, E. (2008). A history of cancer chemotherapy. *Cancer research* 68(21), 8643-8653.
- Díaz Cintas, J. (2003). *Teoría y práctica de la subtitulación: inglés/español*. Barcelona: Editoria Ariel.
- Díaz Cintas, J. (2014). Audiovisual Translation Scenarios. *PhD School Seminar: Multidimensional Translation Research, Universitat des Saarlandes*, 1-13. Retrieved 09/07/2014, from [http://www.translationconcepts.org/pdf/AVT\\_Presentation.pdf](http://www.translationconcepts.org/pdf/AVT_Presentation.pdf).
- Do Nascimento, M.I., and Monteiro, G.T.R. (2012). História prévia de realização de teste de Papanicolaou e câncer do colo do útero: estudo caso-controle na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil Previous history of Pap smears and cervical cancer: a case-control study in the Baixada Fluminense. *Cad. Saúde Pública* 28(10), 1841-1853.
- Gambier, Y. (2003). Screen Transadaptation: Perception and Reception. *The Translator* 9(2), 171-189. doi: 10.1080/13556509.2003.10799152.
- Gianini, M.M.S. (2007). Câncer e gênero: enfrentamento da doença. *Rev Psicol*.
- Gold, R.H., Basset, L.W., and Widoff, B.E. 1990. Highlights from the history of mammography. *Radiographics* 10(6), 1111-1131.
- Ivarsson, J. and Carroll, M. (1998). Code of Good Subtitling Practice. *Language Today, April*.
- Kaba, K. (2005). *Génétique et cancer du sein (Revue de la littérature)* (PhD's thesis). Université Hassan II, Casablanca, Morocco.
- Kovács, M.J. (1998). Sofrimento psicológico de pacientes com câncer avançado em programas de cuidados paliativos; Psychological suffering in patients with advanced cancer in palliative care units. *Bol. psicol* 48(109), 25-47.
- Laks, S. (1957). *Le sous-titrage de films: sa technique, son esthétique*. Propriété de l'auteur.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- León, B., (2001). *O documentário de divulgação científica*: Avanca: Cine-Clube de Avanca.
- Libert, Y. and Reynaert, C. (2009). Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. *Psycho-oncologie* 3(3), 140-146.
- Maluf, M.F.M.; Morri, L.J. and Barros, A.C.S.D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia* 51(2), 149-154.
- Marleau, L. (1982). Les sous-titres... un mal nécessaire. *Meta: Journal des traducteurs* Meta:/Translators' Journal 27(3), 271-285.

- Monge, J., Kricun, M., Radovčić, J., Radovčić, D., Mann, A., and Frayer, D.W. (2013). Fibrous Dysplasia in a 120,000+ Year Old Neandertal from Krapina, Croatia. *PloS one* 8(6), e64539.
- Neves, J. (2005). Guia De Legendagem Para Surdos. *Movimento* 14(41), 66-69.
- Picard, J.D. (1998). History of mammography. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 182(8), 1613.
- Ramos, F.P. (2008). *Mas afinal-- o que é mesmo documentário?*. São Paulo: Senac São Paulo.
- Santéweb. (2013). *Chimiothérapie anticancéreuse*. Retrieved 15 de Outubro 2013, from <http://www.santeweb.net/Chimiotherapie.html>.
- Silva, I.S. (1999). *Cancer epidemiology*. Lyon: CIRC
- Thariat, J., Hannoun-Levi, J.M., Sun Myint, A., Vuong, T., and Gérard, J.P. (2013). Past, present, and future of radiotherapy for the benefit of patients. *Nature reviews Clinical oncology* 10(1), 52-60.
- Van Steen, A., and Van Tiggelen, R. (2007). Short history of mammography: a Belgian perspective. *JBR BTR* 90(3), 151.
- Venâncio, J.L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia* 50(1), 55-63.
- Whitmore, W.F. (1956). Hormone therapy in prostatic cancer. *The American journal of medicine* 21(5), 697-713.
- WHO, (2008) World Health Organization. *World Cancer Report*. Retrieved 30 de Setembro 2013, from <http://www.iarc.fr/>
- WHO, (2013) World Health Organization. *Cancer 2013* Retrieved 30 de Setembro 2013, from <http://www.iarc.fr/>

## **10. Apêndices**



**Tradução: Câncer sem medo da palavra**

A tradução e legendagem do documentário “Câncer: sem medo da palavra” caracterizam-se como parte prática deste projeto. Portanto, foi necessário proceder a uma visualização preliminar do filme, onde pude ter uma noção geral da organização do documentário, das falas dos “personagens”, percepção de algumas características de linguagem utilizada. Em seguida, o mesmo foi visualizado com mais cautela, a fim de “capturar” pormenores e preparar a tradução das falas. Segue abaixo o guiaõ, e as legendas em francês, bem como seus tempos de inserção e remoção e sua estrutura estética.

## **Guião em português**

---

### **[Título do documentário]**

Câncer: sem medo da palavra

### **[Entrevistador]**

Uma autorização de uso de depoimento que eu vou ler agora que vocês vão assinar depois se vocês aceitarem que o depoimento foi conforme está dito aqui. Isto é uma questão ética com vocês entrevistados para nós entrevistadores.

E a senhora só vai assinar esse termo no final da entrevista, se a senhora consentir com o que foi dito aqui.

### **[Entrevistado]**

Tá legal

### **[Narrador/Entrevistador]**

Então esse termo se refere ao depoimento / entrevista que integrará o documentário que tem como o tema o câncer.

Esse projeto audiovisual, um documentário é o resultado prático da disciplina Psicologia e Cinema, ministrada no primeiro semestre de 2006, pelo psicólogo e professor Silvio Lensen e pelo diretor Luiz Alberto Cassol, no curso de Psicologia da Unifra, no Centro Universitário Franciscano, Santa Maria /RS / Brasil.

O documentário é uma realização da Finish Produtora de Santa Maria e tem a produção de profissionais técnicos da área audiovisual, contratados pela produtora citada e por alunos de psicologia da Unifra.

O documentário tem o intuito de investigar a visão de profissionais da saúde sobre o tema, como se estabelece o relacionamento dos pacientes com o câncer após o diagnóstico e quais as privações estão submetidos e a visão dos familiares desses pacientes.

Então esse pessoal que está aqui basicamente são todos profissionais da área de vídeo e a gente tem aqui os alunos do curso de psicologia que vão acompanhar a nossa entrevista.

Após a entrevista as imagens serão editadas e reproduzidas através do resultado final deste documentário.

Você sabe que não será veiculado integralmente o que vocês irão dizer, a gente vai editar.

Se a gente falar aqui 45min, pode ser que eu use 5, pode ser que use 1 pode ser que eu use os 45 minutos.

### **[Narrador]**

O presente trabalho não pretende causar nenhum tipo de prejuízo físico e/ou psicológico ao participante, mas pode sensibilizá-lo ao manifestar ou reviver emoções que lhe causam algum tipo de desconforto.

Durante as gravações a pessoa entrevistada poderá sanar suas dúvidas sobre o referido trabalho, caso achar necessidade, poderá chamar a qualquer momento com o diretor Luiz Alberto Cassol que sou eu e com o psicólogo Silvio Iensen.

O participante poderá durante a entrevista/depoimento retirar esse consentimento, desistindo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo, bem como eu já havia te falado.

Se em algum momento você não quer dar mais entrevista a gente para.

O resultado final desse projeto, um documentário será veiculado em comunidades científicas e/ou acadêmicas, festivais de cinema e vídeo, mostras de cinema e vídeo, congressos, canais de televisão públicos ou privados.

Esse projeto audiovisual não prevê o pagamento de cachê aos entrevistados.



**[Entrevistador]**

Vou deixar para você assinar no final caso você concorde com tudo o que a gente vai conversar.

**[Entrevistada]**

Sem problema.

Ai tu vai assinar, tem tua profissão e tua carteira de identidade, que tu tá ciente dessas informações.

Também vão assinar esse mesmo projeto aqui, essa autorização o Silvio e Eu, fazendo assim esse acordo. Então eu deixo esse projeto, essa autorização para que tu assine ao final da entrevista caso tu faça o consentimento.

**[Fernando Culau]**

Não, está ótimo.

**[Waldir Perreira - médico]**

A gente começou a trabalhar na área de hematologia que se dedica aos estudos das doenças do sangue, isso já na década de 60.

A oncologia, a cancerologia de tumores sólidos ainda era bastante atrasada e dependia muito da cirurgia e da radioterapia.

E o câncer do sangue, o câncer hematológico, era um câncer que já se tratava não com cirurgia nem somente com radioterapia, mas com outros meios como a quimioterapia.

Então isso foi muito importante para que nós déssemos da hematologia para a cancerologia, porque passamos também a receber no hospital universitário os chamados tumores sólidos.

Durante esse período a evolução foi enorme, foi inimaginável quanto a cura do câncer. Mas isso não foi homogêneo, não foi para todo o tipo de câncer.

Tem cânceres que o tratamento sofreu uma transformação total, isto é cânceres que eram incuráveis passaram a ser curáveis 50%, 80%, 90%, o que mudou completamente a expectativa dos próprios pesquisadores. Eles não esperavam

que isso viesse acontecer num período tão curto de três décadas, três, quatro décadas.

**[Entrevistador]**

Existe alguma diferença do que está sendo feito, tratado daquilo que está sendo feito no mundo e daquilo que está sendo feito no Brasil, cientificamente para o tratamento do câncer?

**[Waldir Perreira]**

Os institutos de pesquisa fora do Brasil, evidentemente na Europa, nos Estados Unidos eles estão mais desenvolvidos, principalmente no que se refere a ciência básica e pesquisa.

Os EUA, por exemplo, tem verdadeiros exércitos de PhDs e que estão trabalhando intimamente. Eles tem mais dinheiro para fazer isso, para financiar esse tipo de pesquisa, evidentemente, assim também como a indústria farmacêutica. Os grandes conglomerados de produção farmacêutica.

Por exemplo há alguns anos atrás, havia um dos laboratórios americanos que dispensava em torno de 3 bilhões de dólares por ano, somente para pesquisa, isso nós do Brasil não podemos dispor.

**[Entrevistador]**

Mas como estamos no Brasil cientificamente, dá para dizer que também temos uma, quais são os pólos no Brasil desta pesquisa?

**[Waldir Perreira - médico]**

Olha existe vários lugares no Brasil, mas fica difícil dizer porque num determinado lugar tem uma área de ponta, noutra tem outra área de ponta, mas no que se refere ao tratamento do câncer o Brasil vem seguindo os passos do que está sendo feito no exterior.

Geralmente os grandes progressos que foram alcançados no exterior estão sendo alcançados no Brasil

**[Entrevistador]**

De uma forma bem didática, como o senhor conceituaria o câncer para nós?

**[Waldir Perreira]**

O câncer é na sua base uma doença genética, porque ela altera o comportamento do DNA, do RNA e assim por diante, quer dizer é uma doença que apesar de ser genética não quer dizer que seja hereditária que há muito essa confusão, mas também isso é meia verdade, porque existe alguns tipos de cânceres que são hereditários, em maior ou menos grau são hereditários.

**[Simone Nunes – enfermeira]**

Câncer é um nome popular para doenças neoplasmicas malignas. Isto é o câncer, são doenças graves e tem alta complexidade científica, no atendimento, nos protocolos medicamentosos, protocolos cirúrgicos, protocolos de tratamento em geral.

**[Waldir Perreira]**

Mas nós tivemos surpresas inclusive nessa área de algumas coisas que foram verdadeiros saltos, por exemplo a leucemia mielodica crônica em questão de quarto anos surgiu uma medicação que não é um quimioterápico clássico , é uma maneira biológica de interromper o processo de evolução do câncer.

Então essa medicação, por exemplo, que tem um funcionamento completamente diferente é milagrosa e era inimaginável que de uma hora para outra nós passássemos a ter essa doença controlável e talvez até curável.

O câncer para a comunidade em geral ele é a doença de impacto. É a doença que chega e diz assim, tu pode morrer. É a doença que chega e normalmente atinge, a grande maioria são adultos na sua fase mais ativa, aonde são senhores da sua vida.

**[Fernando Culau – universitário]**

Nesse mesmo exame eu tinha feito um exame, um raio x do joelho porque eu sentia um pouco de dor no joelho. O que passou na minha cabeça, nunca, na época eu até conhecia, ouvia falar anemia porque minha mãe teve anemia, mas leucemia nunca tinha passado pela minha cabeça e aí cheguei no consultório do doutor minha mãe estava em prantos chorando.

O que aconteceu, eu pensei, a primeira coisa que veio na minha cabeça foi, eu até conformei ela “mãe se precisar fazer uma cirurgia do joelho eu faço”. Nisso teve um meio tempo, nós conversamos um pouco e ela não me falou nada do que era do que não era. Entrei na sala do doutor e comecei a conversar com ele.

No final da entrevista ele me disse Fernando o que você tem é leucemia, tem cura, eu tive, eu me tratei, isso não escolhe data, nem raça e nem classe social, nem cor, não escolhe idade. Você poderia ter vindo uma semana atrás e não ter nada. Isso quando tem que acontecer, acontece.

O que eu ia fazer, eu não sabia. Sai dali sabendo que iria ter que fazer um tratamento, passou sexta-feira, meus pais estavam abatidos, mas como eu não sabia o que iria ser ou como ia ser, parecia uma coisa que não estava acontecendo.

Fomos para o hospital, quando eu entrei lá e fui para o quarto, sabendo que teria que ficar ali. Aí eu me senti mal.

#### **[Eva Flores – irmã e zeladora da catedral Diocesana]**

Quando deu não biopsia que era maligno e o doutor viu que já havia nas axilas, então não era só no seio. Ele me disse que era um câncer maligno e eu vim até em casa e fui até o páraço e disse a ele, olha tenho câncer e é maligno. Aí comecei a repartir com as outras pessoas.

#### **[Ludimar Casagrande – cabeleireiro]**

Foi um dia que eu estava trabalhando, foi um sábado, era umas oito e meia da noite eu não aguentava mais de pé de tão ruim que eu estava. Peguei sai e fui para o plantão do hospital. Cheguei e fiz uma consulta com o médico que estava de plantão e ele me pesou e eu estava com 49 kg.

Então ali surgiu uma suspeita, ele pediu para que eu ficasse lá e chamou um especialista para fazer a bateria de exames e no mesmo momento começou a suspeita de uma leucemia ou algo parecido, mas por ser estressado por algumas coisas da vida, para outras sou calmo demais, por essa parte de saúde eu não... Deus dá um peso que a gente possa carregar, nunca além disso.

Quando deu a suspeita eu fiquei tranquilo, se realmente for o que os médicos estão falando, foi o que eu disse para mim mesmo se eu estou nessa situação, essa situação está em mim e esta situação está em mim eu vou ser mais forte.

A partir dali fiz todos os exames. Então tu faz um exame dá um resultado, faz outro exame dá outro resultado, o que demorou um certo tempo para vir uma confirmação do que é que eu tinha.

**[Entrevistador]**

Tu chegavas a te questionar, puxa porque foi acontecer com a minha filha, tu fazias esse tipo de questionamento?

**[Denise Camargo – dona de casa]**

Não me questionava, não tinha porque. Claro que a gente sentia, Ah como foi acontecer, né? Mas já que aconteceu a gente tinha que lutar. Não tinha outra maneira, tinha lutar contra isso. Porque era a cura da minha filha.

**[Fernando Culau]**

Ai eu chorava, chorava, porque eu pensava, não fiz nada de errado. O que eu fiz de errado para estar aqui? Nada.

Ai aconteceu o que comecei a fazer o tratamento.

**[Lucimar Casagrande]**

O interessante foi que a minha própria médica me disse, numa dessas consultas, que o tratamento, na maioria das doenças, 60%, é o psicológico da pessoa que cura, e quando ela me disse isso, não sei se ela me disse isso para me incentivar, para qualquer outra coisa, olhei para ela, comecei a sorrir e disse, então não tem problema porque eu to curado do que for. Eu levantei da cadeira, havia a

possibilidade de fazer uma cirurgia, então vamos para o hospital e vamos essa cirurgia.

Ela me olhou, sorriu também e disse que bom ouvir isso de ti, porque tu tá preparado. Psicologicamente eu estou e vamos.

E agora tem a questão de estar debilitado e daí começou o preparativo para que eu pudesse fazer essa cirurgia. Fiz todos os exames e foi constatado que todos os gânglios estavam internos e estavam se transformando no que teme todo mundo que é a palavra tumor.

Foi constatado que eles estavam internos no pâncreas, no baço, no intestino e no rim. No baço era onde ele já estava enraizado. A partir daí foi uma sérios de outros exames para poder chegar a cirurgia eu fiz. Em 2006 completou 4anos, em agosto.

**[Entrevistador]**

Com que idade tu soube que tua filha tinha câncer?

**[Denise Camargo – dona de casa]**

Ela tinha dois meses de vida.

**[Entrevistador]**

Conta para mim como foi essa história. Hoje ela está com cinco anos.

**[Denise Camargo – dona de casa]**

Tu queres assim quando apareceu a doença?

**[Entrevistador]**

Como tu tiver a fim de me contar.

O que tu acha que a gente pode conversar?

**[Denise Camargo – dona de casa]**

Bom a minha gravidez foi normal, Cem por cento. Como era a quarta gestação eu tinha que me cuidar um pouquinho porque seria a quarta cesariana.

Ela nasceu tudo bem. Com 15 dias eu a levei no pediatra para exames de rotina.

E a pediatra viu que tinha um caroço nas costas dela.

Eu não havia notado caroço nenhum. Esse caroço não tinha quando ela nasceu. Não tinha.

Vamos investigar isso, disse a médica.

No início achava-se que era um lipoma que é uma capinha de gordura que sai. Levamos no cirurgião, ele disse que poderia ser. E realizamos a cirurgia para a retirada, é um procedimento simples.

Marcamos a cirurgia, e quando o médico retirou e viu que não era um lipoma, o nódulo estava para dentro.

Após a cirurgia ele me encontrou e disse isso aqui não é um lipoma, pode ser um tumor, vamos fazer um exame. Ele mandou fazer o exame e eu já fiquei internada com ela. Veio o resultado do exame e realmente era um tumor e dali para diante começou o tratamento, começou tudo.

### **[Entrevistador]**

E como é esta relação de dar esse tipo de notícia, diagnóstico para seus pacientes?

### **[Waldir Pereira – médico especialista]**

Isso realmente é uma coisa complexa, e a medida que o tempo passa na profissão o profissional adquire mais sensibilidade em como abordar o paciente com relação a essas notícias.

Em geral nós temos que classificar primeiro as doenças que são curáveis, os cânceres que são curáveis e a gente tem que falar com fraqueza com o paciente, dizer toda a verdade, para que ele possa colaborar com o tratamento que muitas vezes é um tratamento intenso, as vezes até penoso, mas que vale a pena porque a pessoa pode ser curada.

Um outro tipo de conversa que se tem que ter com o paciente que nós não podemos curar, mas que nós podemos cronificar a doença dele. Assim como

existe outras especialidades, um indivíduo que tem insuficiência cardíaca, na cardiologia muitas vezes ele não é curável, mas a gente pode cronificar e continuar com essa situação. É o caso do diabetes e assim por diante.

Mas o fato é que precisa ser muito bem conversado, porque essa doença que não é curável, o indivíduo pode vir a falecer de outras causas, e ele também tem que colaborar com o tratamento.

E terceiro são aqueles casos em que não são curáveis e não são cronificáveis. São casos que a perspectiva de vida é extremamente curta. Então a informação é feita, no nosso país, Brasil, através de como a família acha que deve ser abordado e pelo feedback que dá o paciente.

Quer dizer na conversa o paciente dá a entender o que ele quer e não quer saber. Ele sabe ou imagina que tem e que faz um tipo de negociação, Eu imagino que seja isso, mas eu não quero saber a verdade. Então são diversas nuances de comunicação.

#### **[Entrevistador]**

Tem alguma coisa que tenha lhe marcado realmente? Não precisa nominar, mas alguma coisa que o senhor possa nos contar.

#### **[Waldir Perreira]**

Evidentemente que foram diversas e mais as bizarras possíveis. Eu por exemplo lembro de um paciente terminal, médico, que no dia anterior a sua morte ele estava estudante inglês e treinando. Ele tinha que saber que a sua condição era terminal e ele sabia.

Isso é uma lição para tudo, muitas vezes querem que uma pessoa pela sua idade tenha que se privar de fazer alguma coisa que ele quer, de estudar, de ter curiosidade, ninguém tem direito a isso. Porque são coisas que mesmo uma pessoa que enxerga o horizonte da sua vida logo ali, ele, mesmo assim, quer lutar para saber alguma coisa.

A maior parte das vezes, as pessoas parecerem que querem sobreviver. E nós do nosso meio, a realidade de não dizer a real verdade é muito pedido pela família, por exemplo, eu trabalhei nos EUA.



E era completamente diferente a abordagem, era praticamente proibido negar a verdade ao paciente.

Agora tudo isso tem um contexto cultural, nem sempre é da mesma forma, por exemplo, eu tinha um colega na universidade de Tóquio, que na universidade dele não costumavam dizer a verdade ao paciente e o Japão é um país muito desenvolvido.

Na verdade é que todos os tipos de pacientes o curável, o cronicável e o incurável a curto ou longo prazo, muitas vezes na chamada fase terminal, o importante é que todas essas situações o médico tem muito o que fazer. O médico não pode dizer que ele não tem nada a fazer, ele tem. Ele pode aliviar a dor, ele pode aliviar a depressão do paciente, ele excitar, proporcionar ao paciente que ele tenha um entendimento que a morte é uma coisa natural.

Mas tudo vai variar de caso para caso e vai se necessitar, o que nós chamamos de uma equipe multidisciplinar de psicólogos, psiquiatras, assistência religiosa, sempre se tem alguma coisa para fazer.

### **[Eva Flores]**

Ai eu fui falar com a minha Irma e depois meu irmão, disse para eles que eu iria fazer uma cirurgia, é câncer que eu tenho. O médico disse que eu tenho muita chance.

Ai eu comecei a ler muitas reportagens, conversei com muitas pessoas que tiveram câncer. E li muito, muitas reportagens em revistas e jornais. Ia ao médico frequentemente, fazendo perguntas e os exames recomendados

Eu levei bastante a sério, tudo o que era preciso foi feito, fiz as quimioterapias. O que é uma medicação horrível. Caiu todo o meu cabelo. Eu tive reações horríveis, por três ou quatro dias, após a medicação. Era uma sensação horrível. Mas eram apenas aqueles dias. No momento que a medicação estava fazendo efeito.

Depois que passava isso, vinha uma força imensa.

Eu comungava diariamente, comungo na missa diária. Eu me lembrei de uma história bíblica que diz, aquela mulher tocou só na túnica de Jesus e foi curada. Eu pensava Jesus se aquela mulher só tocou na tua túnica e foi curada eu quero ficar curada. Então cada vez que eu comungava, eu pedia a cura.

Claro que a gente pode dizer que teve influencia médica, dos medicamentos, não tem como negar isso, mas acho que esse foi o milagre. Por que para ter um câncer com 17 nódulos na axila, foi retirada toda a axila e não aconteceu nada, quer dizer, fiquei sem a mama, mas trabalhei durante todo o tempo.

Saia fazia as aplicações, trabalhava, mesmo com os atestados. Eu não queria ficar parada. A impressão que dava, era se eu ficasse parada eu ficaria pensando na minha doença, na minha situação. Eu queria trabalhar, eu fazia de tudo, visitava doentes e durante esse tempo várias pessoas vieram até aqui e haviam passado pela cirurgia, alguns eram malignos outros não, mas também não eram tão sérios como o meu caso.

Muitos não tiraram toda a mama, fizeram quimio também. Eu já conseguia contornar a situação dos outros.

#### **[Fernando Culau]**

O que tu encontra muito, as pessoas que quando falam em câncer a pessoa se desespera. Tem pessoas nem todas são assim.

Eu era como te falei, estava neutro, porque eu não sabia o que era o que não era, tinha 16 anos.

#### **[Simone Nunes]**

Naquele momento ele passa a depender de todo o mundo. Então a doença acaba tendo um preconceito bastante grande, da população em geral, e raramente a gente conhece um paciente que diz eu tenho câncer. Eu tenho aquela doença, eu tenho doença ruim.

#### **[Entrevistador]**

Denise, você conversava com os pais e com as mães das outras crianças?

#### **[Denise Camargo – dona de casa]**

Conversava, por exemplo alimentação, não pode comer isso ou aquilo, não podia comer alimentos crus, só cozidos, tem que se ter um certo cuidado, a gente falava dessas coisas.

Claro que a gente não conversava mais profundo porque.. ah como vou chegar e dizer, o que tem tua filha? Teu filho?. A gente sabia que era câncer. Mas não nos aprofundávamos, a gente moderava um pouco, para não sofrer, porque é um baque saber que tua filha tem câncer. Não é por aí.

**[Entrevistador]**

Porque não é por aí? Tu acha que tem preconceito com a palavra câncer?

**[Denise]**

Acho que tem. Acho que tem sim. Tem gente que ah! Câncer, tem gente que diz aquela doença, aquela doença, não dizem a palavra câncer.

**[Lucimar]**

Eu acho que a desinformação é o que cria o preconceito, essa situação toda, mas é a pura desinformação. Quando você está num processo assim, você acaba se informando mais sobre o que é ou o que não é. O que é uma quimioterapia, que é um tratamento feito para cada pessoa, não é igual a outras doenças que você vai ao hospital e eles te dão um tratamento genérico. A quimioterapia é feita por um farmacêutico, mas é específica para cada pessoa.

**[Fernando Culau]**

Porque eu sai com meu irmão, ele me levava para dar uma volta de carro, domingo a noite, as vezes no sábado, para que eu não ficar completamente isolado. Fui dar uma volta com ele, na época eu estava bastante branco, inchado, perdi o cabelo duas ou três vezes durante o meu tratamento, fiquei completamente careca. Uma vez eu tinha cabelo por aqui, entrei no banheiro, fui tomar um banho, quando puxei meu cabelo, ele saiu todo, sai do banho careca. Fui dar uma volta com meu irmão, e chegamos em um posto, deu um vento, e voou meu boné que eu tava.

As vezes viam que tu tava branco, inchado, mas não é aquela reação de quando tu vê que voou o boné, eu estava careca, voou o boné e umas gurias olharam na hora e é um pouco incomodo. E como não vai ser.

Tu era com cabelinho, todo bonitinho, isso e aquilo e de uma hora para outra, quando tu vê tu ta careca e as pessoas olham, mas não olham normal, é o fulano, é um guri ali, olharam assim.

Foi a única vez que eu me senti, to doente, sou doente, na hora pensei em algo assim.

### **[Denise]**

Acho que não tem porque ter preconceito, câncer, câncer, quantos casos tem aí de câncer? E é uma doença curável, a medicina esta muito avançada hoje para curar um câncer.

### **[Waldir]**

Parece que este preconceito, na medida que vai se sabendo que o câncer é uma doença curável, esse preconceito tem diminuído. Mas ele é ainda muito arraigado, parece que a pessoa fica sinalizada, marcada, aquele individuo teve câncer, tem câncer. Isso não é só dentro do campo das pessoas leigas, também dentro da medicina também, como se a pessoa estivesse marcado para morrer, muitas vezes não se morre daquilo.

São inúmeros os casos de pacientes graves que são atendidos e depois a gente conversa com eles, e quantos amigos que eram sadios, alguns ao longo dos anos já se foram. Então o negócio é lutar, independente da gravidade, claro dentro dos casos cronicáveis, curáveis, independente da gravidade é lutar sempre, que a pessoa pode sair do outro lado vitoriosa.

### **[Fernando]**

As pessoas acham que câncer não vai ter cura, pode não ter cura, as vezes falam, fase terminal, tá na fase inicial, tem cura, não tem cura. Eu acho, eu creio que para deus não é impossível. Tu fazendo o tratamento corretamente, tu tens grandes probabilidades, grandes chances de superar essas doenças.

**[Waldir]**

Nós vemos fé em todos os tipos de cultura, em todos os níveis culturais das pessoas, cientistas inclusive, mas não se pode entender a fé de uma forma cartesiana de como alguém demonstra um teorema.

Há trabalhos a respeito, por exemplo de orações que já tenham sido feitos, tem alguns que acham que tem significância estatística que os pacientes tem uma melhor evolução quando tem a fé e essas orações.

Agora eu também gosto de frisar um aspecto de que a fé que o individuo tem, não é só para ele se curar, mas para ele aceitar uma situação de forma mais feliz.

**[Simone]**

Não digo que seja somente a fé, a questão, acho que é um conjunto, mas a fé é uma questão muito presente neste momento. Até quem não tinha uma muito exacerbada, que não mostrava muito isso, neste momento se volta. E além disso, que eu percebo é que a família é muito importante.

Aqueles pacientes que a família é presente, que a família dá o apoio, o suporte, esse paciente tem um tratamento extremamente tranquilo.

**[Irmão de Lucimar Casagrande – cabeleireiro]**

Deus queira que logo se trate, mas se ele tiver que se tratar por muito tempo na vida ainda, baseado no comprimido que ele tome comprimido a vida toda, mas que ele esteja aqui conosco feliz e cheio de energia, repassando essa energia para a gente.

Ele falou uma coisa muito interessante, isso dói muito no corpo. Para quem tem câncer o corpo inteiro é muito dolorido e como parte do sangue também é afetada tem dias que ele não consegue trabalhar, ele não consegue ficar de pé, ele não se alimenta direito e ele se recolhe.

Então esse dia que ele se recolhe ele fica escondido o dia inteiro deitado no quarto de tanta dor que ele sente, que é característico de certos processos do câncer. Nesses momentos a melhor coisa é deixar o Kuki sozinho, porque a dor é

tanta que as vezes ele fica um pouco estressado, ele fica de pavio curto e temos que ter um pouco de paciência.

Então nós temos que ter toda essa noção, de nós termos, digamos assim uma tranquilidade de você saber tratar e saber lidar com essa situação. As vezes a gente exigir, a gente quer cobrar certas coisas, mas a gente não se conta que a gente não quer estar no lugar.

**[Denise]**

A gente acha que nunca vai acontecer comigo, sempre com os outros, na hora que aconteceu, claro que eu me desesperei. O médico disse tua filha tem 50% de vida.

Toda a minha família me ajudou, sem exceção, tanto da família do meu marido quando da minha família. No que podiam me ajudar, eles me ajudaram.

**[Irmão de Lucimar]**

Ele carrega muito melhor que a gente. Nós sofremos mais do que ele, nós irmão e família, os pais, a gente sofre mais do que ele. Ele consegue passar para gente uma tranquilidade e uma energia tão intensa que nós não conseguimos passar.

**[Denise]**

Ela ficou um ano e meio em tratamento.

**[Entrevistador]**

Um ano e meio?

**[Denise]**

Um ano e meio, Aí fizemos os exames e ela não tinha mais nada e o ano passado rescindívou, votou o câncer na face. O mesmo tumor.

**[Entrevistador]**

Como é tua relação com os médicos que trataram da Jéssica, como era o envolvimento de vocês?

**[Denise]**

O envolvimento não era de mãe de paciente com médico, era como se fosse família.

**[Simone]**

Eu procuro criar um vínculo com o paciente naquele momento até para que ele aceite o tratamento que eu vou, o cuidado que eu vou prestar para ele. Como eles ficam muito tempo no tratamento, uma leucemia linfocítica aguda ela dura, a criança vai ficar dois anos e meio, mais ou menos, se tratando.

Então o que acontece, eles também criam empatia com os profissionais. Ah eu só quero que enfermeira tal, faça tal coisa. Claro que a gente procura não deixar isso acontecer, por que ele vai precisar ser atendido por outra e não vai ter escolha. Mas naquele momento que eu estou ali, eu procuro me dedicar exclusivamente a ele, aqueles pacientes, cada um é único.

O profissional vai criando alguns rituais de trabalho para que de certo aquilo que ele faz. As crianças tem medo. Medo da punção Ele pode ter todo o tratamento, ele pode vomitar, pode tudo, mas ele tem medo da picada da agulha. Então naquele momento eu faço com eles todo um aparato.

Eles chamam o anjinho da guarda, rezam para ele. Tu tens que ir para aquela punção, não com pressa, para punção de acesso venoso, mas tem que ir exclusivamente para aquilo. Para prestar aquele cuidado para aquele paciente.

Eu sei que as vezes a gente tem uma unidade inteira para atender, mas naquele momento eu me isolo, eu e aquele paciente, pode estar caindo o mundo ao redor. Tem um que me espera e já me espera dizendo assim, eu sei que vou ter rezar para o anjinho da guarda. Então começa. Então começa que vamos pegar a veia e vai dar tudo certo. Não quero choro. Mas um choro só um pouquinho. Só um pouquinho pode.

E assim a gente vai criando esse vínculo com os pacientes e onde tem criança eles criam as fantasias deles. Porque eles transferem a vida deles para dentro do hospital.

Eles não têm mais convívio escolar, eles não nada. Então o convívio deles, e a criança, por incrível que pareça, mesmo doente, ela consegue se divertir lá dentro. Ela consegue ser alegre, consegue dar um sorriso.

Então as vezes tu chega irritado, tu vê aquele criança com uma doença grave, sem poder sair da cama te dando um sorriso, o que mais que você quer? Deixa para reclamar da vida outra hora. Por que ele ta te dando o maior exemplo do que que é levar a vida da maneira correta, aceitando, como pode dizer, se dispondo em se tratar, se colocando nas mãos de pessoas que ele nem conhece e que ele tem que acreditar. Então tu tens que viver bem aquele momento. E dar te ti o melhor de ti naquele momento.

### **[Lucimar]**

Passado a cirurgia, eu estava com os pontos da cirurgia, eu fui cortar cabelo, um cliente meu ia ser padrinho de casamento, ele ligou no meu celular, pois disse que ele ligou para o salão e informaram que eu não estava trabalhando. Ele ligou no celular disse que era padrinho de casamento e que precisava cortar o cabelo, só que ele não sabia o que tinha acontecido. Ai eu marquei ele, e fui até o salão cortar o cabelo dele. Até o próprio médico ficou sabendo, que eu estava no salão cortando o cabelo dele, ele foi lá no salão para ver, porque ele não acreditava, pela dimensão da cirurgia que eu tinha feito, e eu estar lá, nem dez dias depois, ainda com os pontos, cortando cabelo.

Eu disse eu não vou me entregar para essa situação. Aí foi o projeto de vida, foi viver. Meu projeto de vida é viver.

### **[Fernando]**

Comecei a me ajudar, como eu falei para você, tive choro, chorava, as vezes, escondido da minha mãe, para não ver ela triste, se eu visse ela triste, porque, ela saiu da nossa casa e foi morar comigo no hospital.

### **[Denise]**

A relação mãe e filha foi, como vou te dizer , muito apegada uma na outra, tanto é que era só eu que saia com ela, hospital, ambulatório. Hospital de 15 em 15 dias,



para fazer o tratamento, a quimioterapia, ficava 3 a 4 dias no hospital. Claro que minha mãe ajudava, meu marido ajudava. O que mais. Medicação, tinha que dar para ela, tanto é que se tu me perguntar se eu sei pulsionar um cateter, eu sei pulsionar um cateter, de tanto ver as gurias pulsionar um cateter, porque ela tinha cateter. Retirou a semana retrasada.

**[Entrevistador]**

Aprendeu vendo ou na prática?

**[Denise]**

Aprendi vendo. Vendo a mexer no cateter dela.

**[Fernando]**

Todas as pessoas a gente lembra a te hoje daquele meio que a gente, eu convivi, por dois anos e oito meses. Por que? Porque lá era minha nova casa. Então tinha que tá lá, uma semana, oito dias, mais até. Ficava dois, três dias. Mas o fato de tu vir para casa já ajudava muito. Ali em diante começou todo um trabalho.

Na mente na pessoa, quer queira, quer não, tu muda completamente. Então aquela mente de adolescente que eu tinha de 16 anos muda, porque tu tá ali para quê? Podia estar minha mãe, podia estar qualquer um de vocês lá no meu lugar, eu faço isso por ti, não ia adiantar porque quem tinha que se esforçar, quem tinha que se ajudar, era eu.

**[Entrevistador]**

O senhor médico, oncologista, uma referencia, o senhor também sabe que tem câncer. Como é para alguém que trata, em determinado momento da sua vida, saber que tem câncer? Como se deu isso? Como o senhor aceitou isso? Como o senhor esta trabalhando com isso desde que o senhor soube?

**[Waldir]**

Na verdade minha experiência data de onze anos. Há onze anos eu tive o primeiro assalto e dois anos antes eu havia escrito, juntamente com um colega

meu de Curitiba, um capítulo de um livro sobre essa doença. Então eu sabia das minhas possibilidades, tanto de superar a doença como de vir a sucumbir.

Felizmente eu fui vitorioso dessa vez. O impacto psicológico é realmente uma coisa bastante traumática. Agora, ao meu tempo tem que considerar que era um câncer que era controlável, curável ou controlável. Seria um impacto muito diferente se eu tivesse um câncer se aquilo representasse nenhuma possibilidade de sobrevivência.

O convívio com a situação da incerteza é algo que a gente vai se adaptando com o tempo. E com o tempo vai ele vai sabendo que pode ser assaltado por outras coisas que não foi a sua doença e você vai vendo que sobrevive enquanto vários sadios, como eu falei antes, vão morrendo ou vão tendo doenças mais graves.

Então tudo isso vai estruturando o indivíduo com uma maneira diferente de pensar. Depois veio o segundo assalto, numa época que não era para vir mais, porque o linfoma é um tumor que quando o indivíduo tem resposta total e fica aparentemente curado, geralmente a sua volta, a sua recidiva acontece em 2 ou 3 anos e é difícil que acontece tardiamente quando esse linfoma é de alto grau.

Na realidade comigo aconteceu uma coisa excepcional, voltou mais de 10 anos depois. Na verdade tinha sido um pouco antes, ele não tinha sido detectado. Isso vem confirmar algumas desconfiças que eu tinha desde a primeira vez, que eu discuti com o meu médico. É que houvesse um outro componente no linfoma que tivesse o potencial de uma recidiva tardia.

Novo impacto psicológico e físico. Mas a gente tem que aprender a conviver com essas coisas e as vezes a gente vê as pessoas de fora enxergando a gente de uma forma pior do que a gente se enxerga. Isso é a maneira que eu diria que hoje eu enfrento essa situação, não há surpresas e é como você diz, Como você se sente tendo câncer? Eu nem sei se tenho câncer no momento. Posso não ter.

### **[Entrevistador]**

E a sua relação com os seus pacientes mudou?

**[Waldir]**

Olha, eu acho que uma das coisas mais importante que o médico deve se ter é compaixão, porque sem compaixão a gente não trata bem o paciente. Pode ser o indivíduo intelectual, ter grande conhecimento, se ele não tem compaixão, ele não é um bom médico. E é esse tipo de médico que encontro todos os tipos de pacientes que eu falei, o curável, o cronicável e o terminal, sempre encontra o que fazer para ele.

Esse sentimento eu sempre tive, veio junto comigo, talvez isso tenha haver com a sensibilidade da pessoa.

Agora eu também depois disso, eu sentei dos dois lado do balcão e evidentemente sei melhor como se sente a pessoa que está sentado à frente de mim.

**[Entrevistador]**

Como sua família aceitou isso?

**[Waldir]**

Olha da primeira vez, alguns familiares como meus pais não ficaram sabendo, eu usei desse artifício e os mais íntimos, evidentemente que sofreram com isso. Embora alguns fossem de idade bem, fossem muitos jovens, todos eles sofreram com esse impacto, mas sempre com esperança de que aquilo fosse uma situação superável.

**[Entrevistador]**

O doutor Waldir foi nosso primeiro entrevistado, ele é oncologista, mas ele também fez tratamento para o câncer. Como foi o teu envolvimento com o doutor Waldir, experiência com o médico e agora sabendo que ele teve que enfrentar a mesma experiência.

**[Fernando]**

Quando eu tomei, quando eu cai na real que eu sabia que ia ficar parado, fazendo tratamento, muitas vezes eu lembrava daquilo que ele havia me dito no primeiro

dia que eu fui entrevistado por ele, eu tive, eu me tratei e eu to aqui curado, isso foi muito forte para mim.

A pessoa próxima que eu tinha era ele. Ele era a o doutor que estava me tratando e ele foi paciente de outros doutores. Muitas coisas eu perguntava para ele, doutor eu estou fazendo isso e aquilo, quantas semanas de quimioterapia eu vou precisar, quantos o senhor precisou, quantas o fulado precisou e ele sempre falava, Fernando, cada caso é um caso, teu organismo reage de um jeito, o meu reagiu de outra forma e o outro organismo reage de outra forma, cada caso é um caso.

Qual é o tipo de desejo que tu tinhas e que tu não podia alcançar, coisas que você queria fazer e não podia?

Como eu falei, na época eu queria sair, as vezes ouvia o barulho de carro, som aquela coisa, de pessoas passando indo se divertindo e eu não podia. Fora isso, ah eu queria ter uma namorada. As vezes me queixava para minha mãe, queria ter uma namorada e a minha mãe falava, tu sabe que agora não dá. Ficava com aquela coisa queria ter uma pessoa ali, uma menina para estar junto comigo, mas não tinha. Um dos desejos mais fortes que eu tinha era esse. E o principal era ter a cura e acabar com o tratamento.

**[Entrevistador]**

Você teve uma namorada depois disso?

**[Fernando]**

Ah depois, depois era outra coisa.

**[Entrevistador]**

Chegou a se deslanchar?

**[Fernando]**

Não, não chegou a se deslanchar no primeiro momento, mas depois passou toda aquela coisa, aquele desejo que tinha.

**[Entrevistador]**

Você tem namorada hoje?

**[Fernando]**

Tenho namorada hoje.

**[Entrevistador]**

Como você relata isso para tua namorada?

**[Fernando]**

Quando eu comecei a namorar com ela isso, a namorada atual, eu contei para ela, tomou um choque. E não pergunta porque recém começou o namoro, não pergunta como era.

Hoje em dia pergunta as coisas. Hoje em dia eu pego e falo, como ela está fazendo enfermagem. Com outras namoradas que eu tive, comentava sempre.

**[Irmão de Lucimar]**

Eu mais ou menos na minha forma de pensar, é muito interessante fazer esse comentário agora e para que vocês tenham gravado esses depoimentos da gente, que são coisas que a gente nunca conversou. Sobre o projeto doença, o projeto câncer, a situação, a vida câncer, raramente a gente conversa, porque a gente não consegue dar sequencia no assunto, a sensibilidade é mais forte, a emoção toma conta da gente. Então é a primeira vez que a gente está conversando abertamente com muita segurança e convicção sobre câncer.

Agora, vendo o câncer na situação do meu dia-a-dia com o Kuki convivendo com a gente, como eu disse a gente aprendeu a conviver com ele e ele nos dá essa luz e essa esperança que eu já não penso mais em amanhã não tê-lo comigo. Se eu ficar pensando em não ter com ele, eu não vou concluir nem o meu objetivo e nem dar o meu apoio para ele.

**[Entrevistador]**

Como a senhora com a sua fé, conseguiu trabalhar a questão do seu corpo, por ter retirado uma mama?

**[Eva]**

Foi uma coisa muito interessante, eu nunca fui vaidosa, e quando eu fui tomar o banho para ir para o hospital, naquele dia, eu pensei, meu deus do céu, olha só a perfeição das minhas mamas e agora ficar sem as mama? Eu chorei tanto, chorei. Eu pensei, não vou sair daqui, desse banheiro, a impressão que dava, era... eu me senti muito triste com aquilo. E mais um vez veio uma citação bíblica para mim que é assim: se teus olhos não te ajudam, arranca-os, se tua mão esquerda não te ajuda, arranca-a, então eu pensei isso se a mama não presta, será arrancada e com esta ideia eu fui para o hospital.

Ai quando eu cheguei Lá, que foi feita a preparação, os primeiros momentos antes da cirurgia, a enfermeira que estava comigo disse, tu tá tão tranquilo, tu sabe que tu vai ficar sem a mama? Eu disse sim eu sei, mas está tão tranquila. Normalmente a gente vê as pessoas.. é mais eu já chorei o bastante, eu disse, já chorei bastante. Eu já estou conformada Ah se conformou, ah que bom e ficou assim.

Eu á uso a roupa mais larga, tenho muitas roupas que não dá para usar, roupa transparente, porque aparece. Foi tirado todinho, só aparece as costelas. A axila ficou um oco, tudo.

Então não posso usar. Vocês mesmos podem ver, vejam que um lado.

**[Entrevistador]**

Vou lhe dizer com toda a sinceridade que não aparece.

**[Eva]**

Então, porque eu uso roupas apropriadas. Quando a gente vai usar roupa de alça vai ver, ou uma blusa transparente, mas como eu sou bem discreta, sempre fui. De me vestir discreta, com roupa de manga. Uso manga curta, mas sempre a manga mais cumprida, sempre mais folgada, nunca uso roupa justa, isso ajuda muito.

Cada mês eu faço um tipo de aplicação, continuo fazendo ainda um tipo de aplicação, medicação.

Quando eu chego lá feliz, elas dizem, nossa vem bem feliz, parece que vai receber um bom-bom. Isso é meu bom-bom. Esse é o bom-bom que eu to recebendo.

### **[Lucimar]**

Eu vivo meu dia de hoje e meu sonho é viver, então eu vivo da maneira que eu acho que eu devo viver. Se eu tenho força para trabalhar o dia inteiro eu trabalho, se eu tenho força para sair a noite e me divertir eu saio, se estou mal e não consigo fazer nada, eu to lá no meu quarto deitado, mas eu to satisfeito também. Acho que é um ponto muito importante para que a gente possa dar a volta por cima disso. É estar satisfeito com que você está vivendo.

### **[Simone]**

Nós tivemos uma menina, que nos marcou muito, era uma menina, ela chegou quando tinha oito meses de idade. Ela tinha, tinha, na época, hoje ela está curada. Ela precisou fazer uma grande cirurgia, com oito meses de idade. Veio, se tratou. Ela ficou se tratando até mais ou menos quatro anos de idade, com a gente, indo e vindo com o tratamento.

E ela, o sonho dela era ter cabelos longos porque ela ficou muito tempo careca, então só queria as funcionárias que tinham cabelos longos, quando elas chegavam no quarto, ela queria que as enfermeiras encostassem seus cabelos na cabecinha dela e aí ela ia pra frente do espelho e fingia que aquele cabelo era dela. Isso com quatro anos de idade.

Esses dias eu encontrei, quer dizer isso faz bastante tempo, eu encontrei os pais dessa menina. Ela está com 13 anos de cabelos longos. Então para vocês verem assim as necessidades deles e as prioridades deles muitas vezes não são as nossas.

### **[Entrevistador]**

Como é assim quando alguém chega te fala, aquela pessoa que tu tratou, tu sente orgulho? Qual o sentimento que tens?

**[Simone]**

Vem vários sentimentos. Tenho sentimento de emoção, de ver, tem o sentimento de missão cumprida, de trabalho, de profissional, de saber que tu e uma grande equipe fez parte disso, contribuiu para que aquela pessoa tivesse ali, construindo a sua vida, fazendo sua história.

Para você ter uma idéia, há um mês atrás, eu fui a uma festa, cheguei e parou na minha frente uma menina que começou a chorar, e música tocando, a balada batendo e aquela menina chorando e estava escuro, puxei ela para a luz e olhei para ela e me lembrei dela.

Essa menina foi uma menina que a gente conviveu muito no tratamento dela. Ela foi a primeira adolescente a fazer um transplante de medula com a gente. O que aconteceu, eu sempre dizia assim para ela, no transplante a gente orienta, como apenas um ano depois eles farão as vacinas de infância, BCG e outras, então é bem dizer nascer novamente. Eu dizia para ela que durante algum tempo ela não poderia beijar, todos faziam essa orientação.

Então um ano e pouco depois do transplante, ela me mandou uma carta que ela tinha dado o primeiro beijo dela e estava feliz. E essa menina quando eu encontrei lá, faz.. ela transplantou em 98. Ela me disse Simone, eu disse, tu tá chorando de triste de alegre ou de quê? De alegre de te ver e por tudo que a gente passou juntas, porque eles consideram que a gente passa aquela jornada junto com eles.

E não deixa de ser uma verdade né? Porque a a gente tá ali acompanhando a evolução deles diariamente. Então esse convívio que, a gente não pode deixar de dizer que a gente sai, a gente aprende muito com eles e a gente também leva lições para a vida da gente, não é só nós ensinamos, bem pelo contrário, nós aprendemos muito.

Durante esse tempo todo trabalhando com pacientes oncomatológicos eu já mudei muitos pareceres em relação a vida, em relação as pessoas e eu acredito que é esse convívio que faz a gente aprender cada vez mais um pouquinho e



construindo daí a nossa história, a nossa história profissional, a nossa história como pessoa, como indivíduo e nos nossos relacionamentos pessoais mesmo.

**[Lucimar]**

Pelo lado profissional eu não gosto de falar muito para não passar essa, porque as vezes, depende da cabeça de cada um, muitos te vêem com orgulho fazer o cabelo deles e para outras são capazes de levantar da cadeira e nunca mais vir, eu não vou querer fazer meu cabelo com uma pessoa doente, me passar coisa negativa, por mais que você esteja tranqüilo atendendo eles, é ponto que eu vejo. Então profissionalmente, dificilmente eu comento isso dentro do salão, mas fora isso na vida pessoal aí é tranquilamente, sem mistério nenhum.

**[Simone]**

Como não existe receita de bolo para se agir quando se tem a notícia de uma doença grave como o câncer, mas a gente tenta de alguma maneira dizer como seria o ideal de agir.

Com certeza a pessoa vai ter seu momento de tristeza, vai ter seu momento de raiva, vai ter seu momento de querer saber de porque com ele e não com o outro aconteceu aquilo.

Acho que isso é natural e isso é parte do processo de aceitação, ele tem que se deixar, se permitir ficar bravo, tem que se permitir ter raiva, tem que se permitir saber que trabalhou, tá estudando, tá isso, tá aquilo e justo agora que eu tinha todo o meu planejamento isso aconteceu.

Tudo bem, passou? Passou a raiva, vamos se tratar então. Não abandone nunca o tratamento. Quer tomar chá que a vó indica, que tomar chá que o curandeiro lá falou toma, mas nunca abandone o tratamento indicado e convencional que é necessário, porque eu tinha vários planos e talvez eles fossem cortados por essa doença, mas a minha chance agora é se tratar, depois é um outro momento.

Vou usar um pensamento de Schopper o passado é uma história, o futuro é uma dúvida e o presente é uma dádiva. Vive o teu momento agora. Te trata e depois vai ver qual vai ser teu futuro.

**[Waldir]**

Não há razão de haver preconceito com o câncer, porque ela em grande parte das vezes é uma doença prevenível, controlável, curável ou as vezes suscetível de grande alívio.

**[Entrevistador]**

É isso lhe agradeço muito.

**[Waldir]**

Muito obrigado

## Tradução - Legendagem

---

00:01:30:08 00:01:32:15

Je vais lire l'autorisation  
d'utilisation de témoignage

00:01:32:25 00:01:34:27

que vous signerez après,

00:01:35:02 00:01:38:21

si vous pensez que votre témoignage  
est conforme à ce vous avez dit.

00:01:41:28 00:01:46:10

C'est une question d'éthique avec  
les personnes que nous interviewons.

00:01:46:22 00:01:48:29

Vous allez signer ce document  
à la fin de votre témoignage,

00:01:49:07 00:01:51:27

si vous acceptez le témoignage.  
- D'accord.

00:01:53:00 00:01:56:18

Ce document  
fait référence à l'entretien

00:01:56:29 00:01:59:02

qui fera partie du documentaire  
qui a pour thème le cancer.

00:01:59:15 00:02:02:04

Ce projet audiovisuel  
est un documentaire

00:02:02:04 00:02:04:11

qui sera le résultat pratique de la  
discipline de Psychologie et Cinéma,

00:02:04:21 00:02:07:01

enseignée durant  
le premier semestre 2006

00:02:07:01 00:02:09:06  
par le psychologue  
et professeur Silvio lensen

00:02:09:06 00:02:11:02  
et le réalisateur Luiz Alberto Cassol

00:02:11:12 00:02:15:03  
pour le cours de Psychologie  
de l'Université UNIFRA, au Brésil.

00:02:15:24 00:02:18:05  
Le documentaire est réalisé  
par Finish Produtora, de Santa Maria,

00:02:18:24 00:02:24:03  
et est produit par des professionnels  
du domaine de l'audiovisuel,

00:02:24:12 00:02:28:09  
les élèves de l'UNIFRA.

00:02:28:25 00:02:30:26  
Le documentaire  
a pour objectif d'étudier

00:02:31:05 00:02:34:09  
la vision de professionnels de santé  
sur ce sujet,

00:02:35:01 00:02:39:05  
comment s'établit la relation avec  
des patients atteints de cancer,

00:02:39:16 00:02:41:20  
à quelles privations ils font face.

00:02:41:20 00:02:44:05  
et la vision de proches  
de ces patients.

00:02:45:01 00:02:50:19  
L'équipe est composée  
de professionnels de l'audiovisuel,

00:02:51:02 00:02:53:29  
et d'élèves du cours de psychologie

00:02:53:29 00:02:56:06  
qui vont accompagner notre entretien.

00:02:56:22 00:03:00:14

Après l'entretien, les images seront  
éditées et reproduites

00:03:00:14 00:03:02:23  
pour obtenir  
le résultat final du documentaire.

00:03:03:21 00:03:08:08  
Vous savez que ce que vous direz ici  
ne sera pas intégralement utilisé.

00:03:08:21 00:03:14:08  
Si nous discutons 45 min, il se peut  
que seule une partie soit utilisée.

00:03:15:03 00:03:18:04  
Ce travail ne prétend  
causer aucun préjudice

00:03:18:04 00:03:22:12  
physique ou moral à la personne,

00:03:22:22 00:03:26:28  
mais peut vous amener  
à revivre des émotions

00:03:26:28 00:03:29:15  
qui vous causeront une certaine gêne.

00:03:30:05 00:03:34:11  
Pendant l'entretien, vous pourrez  
à tout moment nous interroger

00:03:34:11 00:03:36:04  
si vous en sentez le besoin,

00:03:36:07 00:03:40:12  
vous pourrez nous interrompre,  
moi, Luiz Alberto Cassol,

00:03:40:12 00:03:42:10  
et le psychologue Silvio Iensen.

00:03:42:24 00:03:46:13  
Pendant l'entretien,  
vous pourrez rompre notre accord,

00:03:46:13 00:03:49:25  
en renonçant sans aucun  
préjudice ou pénalisation,

00:03:50:01 00:03:51:18  
comme je vous l'ai déjà dit.

- Oui.

00:03:51:25 00:03:55:00

Si à un moment vous souhaitez vous arrêter, on arrêtera immédiatement.

00:03:56:11 00:03:58:16

Le résultat final de ce projet, un documentaire,

00:03:58:16 00:04:01:16

sera diffusé dans les communautés scientifiques et académiques,

00:04:01:26 00:04:03:25

dans des festivals de cinéma et de vidéo,

00:04:03:25 00:04:07:29

des chaînes de télévision publiques ou privées.

00:04:08:21 00:04:12:18

Ce projet audiovisuel ne prévoit pas de rémunération aux participants.

00:04:12:29 00:04:16:19

Vous signerez si vous acceptez.  
- D'accord.

00:04:17:12 00:04:20:04

Au moment de signer, vous préciserez votre profession

00:04:20:15 00:04:22:07

et que vous acceptez ce contrat.

00:04:23:13 00:04:28:23

Ce document sera aussi signé par Sílvio et moi,

00:04:28:23 00:04:30:28

pour conclure l'accord.

00:04:31:16 00:04:34:13

Je vous donne donc l'autorisation, pour que vous la signiez

00:04:34:22 00:04:37:26

à la fin de l'entretien, si vous êtes d'accord.

00:04:38:00 00:04:39:12

D'accord.

00:04:40:26 00:04:42:26  
RECHERCHE

00:04:43:23 00:04:45:26  
PRODUCTION

00:04:57:10 00:04:59:05  
MONTAGE ET REALISATION

00:05:01:04 00:05:04:08  
Nous avons commencé à travailler  
dans le domaine de l'hématologie,

00:05:04:08 00:05:08:20  
qui est dédiée à l'étude  
des maladies du sang,

00:05:11:02 00:05:14:11  
dès les années 60.

00:05:17:28 00:05:22:14  
L'oncologie,  
la cancérologie de tumeurs solides,

00:05:22:14 00:05:24:26  
était encore très en retard,

00:05:26:12 00:05:31:04  
et dépendait beaucoup de  
la chirurgie et de la radiothérapie.

00:05:32:28 00:05:35:15  
Et le cancer du sang,

00:05:37:17 00:05:40:25  
le cancer hématologique,  
était un cancer

00:05:40:26 00:05:45:07  
qui ne se traitait pas par  
la chirurgie ni par la radiothérapie,

00:05:45:08 00:05:47:27  
mais par d'autres moyens  
comme la chimiothérapie.

00:05:49:24 00:05:51:29  
Cette étape a été très importante

00:05:51:29 00:05:57:11  
pour que nous passions

de l'hématologie à la cancérologie,

00:05:58:17 00:06:02:24  
parce que nous avons commencé  
à avoir des cas de tumeurs solides

00:06:02:24 00:06:05:19  
au sein de l'hôpital universitaire.

00:06:07:27 00:06:11:17  
Pendant cette période,  
l'évolution a été énorme,

00:06:11:17 00:06:15:14  
elle a été inimaginable en relation  
à la guérison du cancer.

00:06:15:14 00:06:19:29  
Mais elle n'a pas été homogène,  
pas pour tous les types de cancer.

00:06:20:11 00:06:24:25  
Pour certains cancers, le traitement  
a été totalement bouleversé.

00:06:24:25 00:06:28:17  
C'est-à-dire que certains cancers,  
qui étaient incurables,

00:06:28:17 00:06:33:01  
ont eu un taux de guérison  
de 50, 80, 90%.

00:06:34:02 00:06:39:24  
Ça a complètement changé  
les attentes des chercheurs.

00:06:39:24 00:06:43:16  
Ils ne s'attendaient pas  
à ce que tout ça se passe

00:06:43:16 00:06:47:28  
en l'espace si court  
de 3 ou 4 décennies.

00:06:48:16 00:06:52:05  
Est-ce qu'il existe une différence  
entre ce qui est fait à l'étranger

00:06:52:05 00:06:54:22  
et ce qui se fait au Brésil,  
scientifiquement parlant,



00:06:54:22 00:06:56:00  
pour le traitement du cancer ?

00:06:57:00 00:06:59:15  
Les instituts de recherche  
en dehors du Brésil,

00:06:59:15 00:07:06:08  
spécialement en Europe  
et aux États-Unis, sont plus avancés,

00:07:06:08 00:07:10:02  
principalement au niveau de  
la science basique, de la recherche.

00:07:10:20 00:07:15:08  
Les États-Unis, par exemple,  
ont des vraies armées de PhD,

00:07:15:08 00:07:18:26  
qui travaillent ensemble.

00:07:18:29 00:07:23:02  
Ils ont plus d'argent pour financer  
leurs recherches, évidemment.

00:07:23:02 00:07:25:28  
Comme ils ont leur  
industrie pharmaceutique

00:07:25:28 00:07:30:14  
et leurs grands conglomérats  
de production pharmaceutique.

00:07:31:11 00:07:33:19  
Il y a quelques années, par exemple,

00:07:34:14 00:07:38:09  
il y avait un laboratoire américain

00:07:38:09 00:07:43:08  
qui dépensait trois milliards de  
dollars par an pour la recherche.

00:07:44:15 00:07:47:06  
Le Brésil n'a pas les moyens  
de faire ça.

00:07:49:04 00:07:52:10  
Mais où en est le Brésil,  
scientifiquement?

00:07:52:10 00:07:54:22

Peut-on dire que nous avons  
aussi une spécialité?

00:07:54:22 00:07:58:22  
Quels sont les pôles de  
recherche au Brésil ?

00:07:59:04 00:08:02:09  
Il en existe plusieurs au Brésil,  
mais c'est difficile de répondre

00:08:02:09 00:08:05:27  
parce qu'à un endroit,  
il y a une spécialité,

00:08:06:03 00:08:07:15  
et à un autre il en existe une autre.

00:08:07:22 00:08:10:17  
mais en ce qui concerne  
le traitement du cancer,

00:08:10:17 00:08:14:14  
le Brésil accompagne  
ce qui se fait à l'étranger.

00:08:15:13 00:08:19:18  
Plus généralement, les grands  
progrès réalisés à l'étranger,

00:08:19:18 00:08:22:02  
le Brésil est en train  
de les atteindre.

00:09:12:05 00:09:16:13  
LE CANCER SANS CRAINTE DU MOT

00:09:18:26 00:09:20:27  
MEDECIN

00:09:21:29 00:09:27:12  
D'une manière didactique, pouvez-vous  
expliquer ce qu'est le cancer ?

00:09:29:08 00:09:34:22  
Le cancer est une maladie  
génétique à la base,

00:09:35:19 00:09:40:04  
parce qu'elle change le comportement

00:09:40:04 00:09:45:02  
de l'ADN, de l'ANR et ainsi de suite.

00:09:45:13 00:09:50:27

Donc, même si elle est génétique,  
elle n'est pas forcément héréditaire.

00:09:51:10 00:09:52:13

Il y a une confusion sur ce point.

00:09:52:13 00:09:54:24

Cependant, c'est un peu vrai

00:09:54:24 00:09:58:03

dans le sens qu'il existe des types  
de cancer qui sont héréditaires,

00:09:58:06 00:10:01:01

à un degré plus ou moins important.

00:10:04:10 00:10:06:19

INFIRMIERE

00:10:08:12 00:10:11:02

Le cancer est le nom populaire

00:10:11:02 00:10:14:14

pour désigner les maladies  
néoplasiques malignes.

00:10:17:12 00:10:21:27

Un cancer est une maladie grave,

00:10:23:01 00:10:28:13

très complexe au niveau  
scientifique, de l'accompagnement,

00:10:28:13 00:10:32:07

des protocoles médicamenteux,

00:10:32:07 00:10:35:08

chirurgicaux et de traitements.

00:10:35:30 00:10:38:14

Mais nous avons eu des surprises,  
même dans ce domaine,

00:10:38:14 00:10:41:15

et certaines découvertes ont été  
de véritables bonds en avant,

00:10:42:06 00:10:44:13

par exemple pour  
la leucémie myéloïde chronique,

00:10:44:13 00:10:48:16  
en quatre ans  
un traitement a été trouvé

00:10:48:16 00:10:50:16  
qui n'est pas  
une chimiothérapie classique,

00:10:51:21 00:10:58:09  
c'est une manière biologique de  
bloquer la progression du cancer.

00:10:58:30 00:11:04:07  
Cette médication a un mode de  
fonctionnement complètement différent

00:11:04:19 00:11:06:08  
et est miraculeuse.

00:11:06:14 00:11:08:01  
C'était inimaginable de penser

00:11:08:01 00:11:14:02  
que nous avons la possibilité  
de contrôler cette maladie,

00:11:14:16 00:11:16:20  
et peut-être même de la soigner.

00:11:17:10 00:11:19:16  
Le cancer,  
pour la population en général,

00:11:19:16 00:11:22:15  
est une maladie qui a un fort impact.

00:11:23:24 00:11:26:20  
C'est une maladie dont on meurt.

00:11:27:27 00:11:34:07  
La maladie se manifeste  
généralement chez les adultes,

00:11:34:07 00:11:39:09  
dans la phase de la vie la plus  
active, dans la force de l'âge.

00:11:39:20 00:11:42:07  
ETUDIANT

00:11:43:04 00:11:46:22  
Je suis allé faire un examen,  
une radio du genou,

00:11:47:01 00:11:48:22  
parce que j'avais un peu mal.

00:11:49:03 00:11:51:13  
Ça ne m'avait  
même pas effleuré l'esprit.

00:11:51:22 00:11:56:19  
à l'époque, je savais ce que l'anémie  
était, car ma mère en avait eu,

00:11:57:12 00:11:59:18  
Mais je n'avais aucune idée  
de ce qu'était la leucémie,

00:11:59:18 00:12:03:14  
et quand je suis arrivé au cabinet du  
docteur, ma mère était en larmes.

00:12:04:05 00:12:09:06  
La première chose que j'ai pensée,  
et j'ai même essayé de la réconforter

00:12:09:06 00:12:15:01  
"Maman, s'il faut m'opérer au genou,  
il n'y a pas de problème."

00:12:15:14 00:12:20:29  
Alors on a discuté un peu,

00:12:20:29 00:12:23:19  
mais elle ne m'a jamais dit ce que  
j'avais ou ce que je n'avais pas.

00:12:23:19 00:12:28:19  
Je suis entré dans le cabinet  
du docteur et on a commencé à parler.

00:12:29:16 00:12:31:25  
À la fin il m'a dit:

00:12:31:25 00:12:37:09  
"tu as une leucémie, c'est curable,  
j'en ai eu une, je suis guéri,"

00:12:37:15 00:12:43:04  
"cette maladie ne choisit ni race, ni  
classe sociale, ni couleur, ni l'âge."

00:12:43:13 00:12:47:24  
"Tu aurais pu venir il y a une semaine  
et nous n'aurions rien vu."

00:12:48:00 00:12:52:02

"Quand ça doit arriver, ça arrive."

00:12:52:28 00:12:55:27

Je ne savais pas  
ce que je devais faire.

00:12:55:27 00:12:59:06

Je suis sorti du cabinet sachant que  
j'allais devoir suivre un traitement.

00:12:59:14 00:13:02:19

Le vendredi,  
mes parents étaient sous le choc,

00:13:02:19 00:13:06:21

mais comme je ne savais pas ce que  
ça serait, et comment ça serait,

00:13:06:21 00:13:11:17

c'était comme si ça n'était pas à moi  
que ça arrivait.

00:13:12:05 00:13:14:05

On est allé à l'hôpital, et quand  
je suis rentré dans la chambre

00:13:14:05 00:13:18:07

et que je savais que j'allais devoir  
y rester, là je me suis senti mal.

00:13:18:22 00:13:21:24

MEMBRE DE LA CATEDRALE DIOCESANA

00:13:23:06 00:13:26:18

Quand la biopsie a montré  
que la tumeur était maligne,

00:13:27:17 00:13:31:23

et que le docteur a vu  
que ça allait jusqu'aux aisselles,

00:13:31:23 00:13:36:09

ce n'était plus seulement  
le sein qui était touché.

00:13:36:16 00:13:40:06

Il m'a dit que  
c'était un cancer malin.

00:13:40:06 00:13:44:11

Là, je suis allée voir le curé

00:13:44:11 00:13:48:30  
et je lui ai dit  
que j'avais un cancer malin.

00:13:49:10 00:13:52:08  
Puis je me suis ouverte aux autres.

00:13:52:28 00:13:55:13  
COIFFEUR

00:13:56:12 00:13:59:16  
Tout a commencé quand je travaillais,  
un samedi,

00:14:00:13 00:14:04:13  
il était 20h30,

00:14:04:22 00:14:07:02  
et je ne tenais plus debout  
tellement je me sentais mal.

00:14:07:03 00:14:09:01  
Je suis parti aux urgences.

00:14:09:28 00:14:13:20  
J'ai vu le médecin de garde,

00:14:13:20 00:14:17:16  
et quand il m'a pesé  
j'ai vu 49 kg sur la balance.

00:14:18:06 00:14:19:27  
Le médecin a eu un doute,

00:14:19:27 00:14:21:13  
il m'a demandé de rester là

00:14:21:13 00:14:24:21  
pendant qu'il appelait un spécialiste  
pour faire une série d'examens,

00:14:25:11 00:14:30:21  
et c'est là  
qu'ils ont pensé à une leucémie.

00:14:33:18 00:14:36:30  
Même si je suis de nature  
assez préoccupée,

00:14:36:30 00:14:40:05  
au niveau de ma santé  
je ne l'étais pas du tout.

00:14:41:04 00:14:45:21  
Dieu nous donne seulement le poids  
qu'on peut supporter, jamais plus.

00:14:46:15 00:14:49:03  
Quand ils ont pensé à ça,  
je suis resté calme,

00:14:49:03 00:14:53:26  
si c'est réellement ce qu'ils disent

00:14:53:26 00:14:55:16  
je me suis dit à moi-même :

00:14:55:26 00:14:57:13  
"si je suis dans cette situation"

00:14:57:13 00:15:01:10  
"et que c'est en moi,  
je n'en sortirai que plus fort."

00:15:01:26 00:15:04:15  
A partir de ce moment,  
j'ai fait tous les examens.

00:15:05:01 00:15:08:10  
Chaque examen te donne  
un résultat différent,

00:15:11:11 00:15:16:03  
ça a pris du temps avant de  
déterminer ce que j'avais vraiment.

00:15:16:16 00:15:19:17  
MERE AU FOYER

00:15:20:04 00:15:23:17  
Tu te posais des questions,  
"pourquoi ça arrive à ma fille?"

00:15:23:17 00:15:26:27  
Comment as-tu fait  
face à la situation?

00:15:28:26 00:15:32:13  
Je ne me demandais pas,  
je n'en avais pas besoin.

00:15:32:25 00:15:35:29  
Bien sûr, on se demande,  
comment c'est arrivé ?



00:15:35:29 00:15:41:01

Mais c'était arrivé  
et on devait se battre.

00:15:41:12 00:15:46:08

On n'avait pas le choix,  
on devait se battre,

00:15:46:22 00:15:48:28

parce que la guérison  
de ma fille en dépendait.

00:15:49:28 00:15:52:28

J'ai pleuré, beaucoup,  
parce que je pensais,

00:15:52:28 00:15:56:09

"je n'ai rien fait de mal.  
Qu'est-ce que j'ai fait? Rien."

00:15:57:23 00:16:02:03

Alors j'ai commencé le traitement.

00:16:02:13 00:16:04:27

Le plus intéressant a été

00:16:04:27 00:16:07:10

ce que mon médecin m'a dit  
pendant une consultation.

00:16:07:21 00:16:10:28

Elle m'a dit que  
pour la plupart des maladies,

00:16:10:28 00:16:13:03

c'est le psychologique  
qui soigne.

00:16:14:02 00:16:16:29

Quand elle m'a dit ça, je ne sais pas  
si c'était pour m'aider,

00:16:17:28 00:16:22:14

mais je l'ai regardé,  
j'ai commencé à sourire

00:16:23:07 00:16:26:17

Je me suis levé,  
une chirurgie était envisageable,

00:16:26:26 00:16:28:27

c'est parti,  
on va à l'hôpital et on va la faire.

00:16:29:11 00:16:30:13

Elle m'a regardé, elle a souri aussi,

00:16:30:13 00:16:33:01

elle était contente d'entendre ça,  
parce que j'étais prêt.

00:16:33:15 00:16:35:00

Psychologiquement, je l'étais.

00:16:35:20 00:16:39:12

Maintenant, il y avait  
le fait que j'étais affaibli,

00:16:39:12 00:16:41:16

alors il y a eu toute une préparation

00:16:41:16 00:16:43:14

pour que je puisse faire l'opération.

00:16:43:26 00:16:46:10

J'ai fait tous les examens,

00:16:46:10 00:16:50:08

et ils ont montré que les ganglions  
étaient tous internes,

00:16:50:08 00:16:52:27

et qu'ils se transformaient déjà

00:16:52:27 00:16:57:10

en ce que tout le monde craint :  
des tumeurs.

00:16:58:16 00:17:04:12

Ils étaient dans le pancréas,  
la rate, l'intestin et le rein.

00:17:05:24 00:17:09:19

Il y en avait  
un enraciné dans la rate.

00:17:11:01 00:17:13:23

Alors on a commencé à faire  
d'autres examens

00:17:13:23 00:17:15:08

pour pouvoir faire l'opération.

00:17:16:10 00:17:19:15

Ça fait quatre ans.  
C'était en août.

00:17:20:06 00:17:22:19  
Elle avait quel âge  
quand son cancer a été diagnostiqué?

00:17:23:24 00:17:26:17  
Elle avait deux mois.

00:17:29:00 00:17:32:28  
Racontez-moi votre histoire.  
Elle a cinq ans aujourd'hui ?

00:17:34:19 00:17:39:12  
Vous voulez que je vous raconte  
comment elle a été diagnostiquée?

00:17:39:25 00:17:42:28  
Comme vous voulez. Vous pensez  
qu'on peut parler de quoi ?

00:17:44:02 00:17:48:09  
Ma grossesse a été normale, à 100%.

00:17:49:24 00:17:52:13  
Comme c'était ma quatrième  
grossesse, je devais faire attention,

00:17:52:13 00:17:54:12  
car ce serait  
ma quatrième césarienne.

00:17:56:01 00:17:58:26  
Elle est née en bonne santé.

00:17:59:23 00:18:02:13  
Après 15 jours,  
je l'ai emmenée chez le pédiatre

00:18:02:26 00:18:04:17  
pour faire les examens de routine.

00:18:05:19 00:18:09:00  
Le pédiatre a vu  
qu'elle avait une bosse dans le dos.

00:18:09:27 00:18:13:05  
Moi, je n'avais rien remarqué.

00:18:14:10 00:18:17:08  
Elle ne l'avait pas  
quand elle est née.

00:18:18:29 00:18:21:16

Le médecin m'a dit  
qu'il allait voir ça de plus près.

00:18:22:14 00:18:25:05  
Au début,  
ils pensaient que c'était un lipome,

00:18:25:05 00:18:27:05  
qui est une boule  
de tissus graisseux qui s'enlève.

00:18:28:29 00:18:31:29  
On l'a emmenée chez le chirurgien,

00:18:32:09 00:18:33:25  
et il a dit que ça pouvait être ça.

00:18:34:04 00:18:37:05  
Qu'on pouvait faire une opération  
pour le retirer, qui est très simple.

00:18:38:04 00:18:39:19  
On a donc accepté.

00:18:41:09 00:18:46:01  
Pendant l'opération, le médecin a vu  
que ce n'était pas un lipome,

00:18:46:01 00:18:48:21  
que le nodule était à l'intérieur.

00:18:50:11 00:18:53:02  
Il est venu me dire  
que ce n'était pas un lipome,

00:18:53:02 00:18:56:10  
que ça pouvait être une tumeur,  
et qu'il fallait faire un examen.

00:18:58:02 00:19:01:10  
Il a fait l'examen et  
je suis restée à l'hôpital avec elle.

00:19:03:16 00:19:08:17  
Quand le résultat est arrivé,  
c'était bien un cancer.

00:19:11:01 00:19:13:01  
Et alors on a commencé le traitement.

00:19:16:03 00:19:21:21  
Comment vous faites pour  
annoncer la nouvelle, le diagnostic?

00:19:22:21 00:19:24:20

C'est quelque chose de complexe,

00:19:24:20 00:19:28:07

et avec l'expérience de la profession

00:19:30:20 00:19:36:10

on acquiert une certaine sensibilité  
de comment aborder le patient.

00:19:37:13 00:19:42:07

Généralement, on commence  
par identifier les maladies curables,

00:19:42:07 00:19:43:27

les cancers guérissables,

00:19:44:16 00:19:47:07

et on doit parler  
honnêtement avec le patient,

00:19:47:07 00:19:49:30

lui dire toute la vérité,

00:19:49:30 00:19:54:03

pour qu'il accepte le traitement,

00:19:54:18 00:19:59:17

qui est souvent intense,  
et parfois douloureux,

00:19:59:17 00:20:04:12

mais qui en vaut la peine  
puisque'on peut soigner la personne.

00:20:05:07 00:20:10:06

L'autre conversation  
qu'on doit avoir avec le patient,

00:20:10:06 00:20:11:22

c'est quand on ne peut pas le soigner

00:20:11:22 00:20:14:30

mais qu'on peut chroniciser sa maladie.

00:20:15:29 00:20:18:04

Comme c'est possible  
dans d'autres domaines,

00:20:19:14 00:20:22:02

quelqu'un qui a  
une insuffisance cardiaque,

00:20:22:02 00:20:25:08  
généralement il est incurable

00:20:25:20 00:20:28:27  
mais on peut le chroniciser  
et il peut continuer à vivre,

00:20:30:04 00:20:34:05  
c'est le cas du diabète,  
et d'autres maladies.

00:20:35:21 00:20:40:13  
Mais il faut  
en parler très sérieusement,

00:20:41:03 00:20:44:09  
parce que la maladie est incurable,

00:20:44:18 00:20:48:16  
et cette personne  
peut mourir d'autre chose,

00:20:49:17 00:20:54:02  
et il faut aussi  
qu'elle accepte le traitement.

00:20:55:02 00:20:58:09  
Et pour terminer, il y a les cas

00:20:58:18 00:21:01:12  
où les maladies sont impossibles  
à soigner ou à chroniciser.

00:21:02:10 00:21:06:10  
Ce sont des cas où  
l'espérance de vie est très courte.

00:21:09:04 00:21:12:28  
Pour annoncer la nouvelle, au Brésil,

00:21:16:17 00:21:21:26  
on passe par la famille pour savoir  
comment annoncer la nouvelle

00:21:22:02 00:21:24:21  
et par l'attitude du patient.

00:21:25:03 00:21:27:16  
Ce qui veut dire que  
pendant la consultation,

00:21:27:28 00:21:31:03

le patient nous fait comprendre  
ce qu'il veut ou ne veut pas savoir.

00:21:32:06 00:21:38:11  
Il sait, il s'imagine ce qu'il a  
et il tente de négocier.

00:21:39:24 00:21:42:17  
"Je pense que c'est ça, mais  
je ne veux pas savoir la vérité."

00:21:42:20 00:21:46:14  
Il existe plusieurs formes  
de communication.

00:21:46:28 00:21:48:30  
Y-a-t-il quelque chose  
qui vous ait réellement marqué?

00:21:49:27 00:21:52:28  
Quelque chose que  
vous pouvez nous raconter.

00:21:53:11 00:21:58:21  
Evidemment, il y en a plusieurs.  
On voit de tout.

00:22:00:08 00:22:02:19  
Par exemple, je me rappelle  
d'un patient en phase terminale,

00:22:03:21 00:22:08:28  
qui la veille de son décès,

00:22:08:28 00:22:11:21  
étudiait l'anglais et s'entraînait.

00:22:13:12 00:22:17:28  
Et il était totalement conscient  
qu'il était en phase terminale.

00:22:21:15 00:22:27:10  
C'est une leçon pour tout le monde,  
souvent on veut qu'une personne,

00:22:27:25 00:22:29:15  
à cause de son âge,

00:22:31:00 00:22:34:24  
arrête de faire quelque chose  
dont il a envie,

00:22:35:16 00:22:37:26

d'étudier, d'être curieux,

00:22:37:26 00:22:39:28  
personne n'a le droit de faire ça.

00:22:40:11 00:22:45:19  
Parce qu'une personne,  
même si elle voit sa fin proche,

00:22:46:28 00:22:50:23  
elle a envie de lutter  
pour savoir quelque chose.

00:22:54:14 00:22:59:05  
La plupart du temps, les personnes  
montrent qu'elles veulent se battre.

00:23:00:22 00:23:03:20  
Dans notre domaine,

00:23:05:11 00:23:10:05  
la réalité est que souvent la famille

00:23:10:05 00:23:12:19  
nous demande  
de ne pas dire la vérité.

00:23:13:18 00:23:15:29  
Par exemple,  
j'ai travaillé aux Etats-Unis,

00:23:16:08 00:23:18:14  
et ils abordent  
la situation différemment,

00:23:19:00 00:23:23:25  
il était presque interdit  
de cacher la vérité au patient.

00:23:24:07 00:23:26:04  
Mais ça dépend du contexte culturel,

00:23:26:16 00:23:28:14  
ça ne se passe pas toujours comme ça.

00:23:30:09 00:23:33:07  
Par exemple, j'avais un collègue  
à l'Université de Tokyo,

00:23:33:29 00:23:38:00  
où personne n'avait l'habitude  
de dire la vérité au patient,



00:23:39:00 00:23:41:16

et le Japon est un pays développé.

00:23:42:10 00:23:45:30

Pour conclure,  
de tous les patients, les curables,

00:23:46:09 00:23:52:11

les chronicisables et les incurables,  
à court ou à long terme,

00:23:53:18 00:23:56:14

en phase terminale, le plus important

00:23:57:09 00:24:01:22

c'est que dans toutes ces situations,  
le médecin a beaucoup à faire.

00:24:02:09 00:24:05:25

Le médecin ne peut pas  
dire qu'il ne peut rien faire.

00:24:06:16 00:24:10:28

Il peut soulager la douleur,  
la dépression,

00:24:11:28 00:24:15:17

stimuler le patient

00:24:17:12 00:24:21:24

ou encore permettre au patient  
de mieux comprendre

00:24:22:15 00:24:25:04

que la mort est une chose naturelle.

00:24:25:20 00:24:27:24

Mais chaque cas est différent,

00:24:27:24 00:24:33:05

et on a besoin de ce qu'on appelle  
une équipe multidisciplinaire,

00:24:33:24 00:24:36:28

composée de psychologues,  
psychiatres,

00:24:37:20 00:24:42:25

personnes religieuses, il y a  
toujours quelque chose à faire.

00:24:43:18 00:24:47:02

J'ai discuté avec ma sœur, mon frère,

00:24:47:02 00:24:49:22

je leur ai dit  
que je devais faire une chirurgie,

00:24:49:25 00:24:51:15

que j'avais un cancer,

00:24:51:15 00:24:53:19

mais le médecin a dit  
que j'avais de grandes chances.

00:24:54:06 00:24:56:25

Puis j'ai lu des reportages,

00:24:56:25 00:25:00:13

des témoignages de personnes  
qui ont eu le cancer.

00:25:01:01 00:25:03:16

J'ai surtout beaucoup lu,

00:25:06:12 00:25:09:15

j'achetais tout  
ce qui parlait du cancer.

00:25:09:27 00:25:15:09

je lisais tous les articles  
dans les journaux et les magazines.

00:25:16:29 00:25:18:25

J'allais souvent chez le médecin,

00:25:18:25 00:25:22:24

pour poser des questions et  
faire les examens recommandés.

00:25:27:14 00:25:30:25

J'ai pris ça très au sérieux et  
j'ai fait ce qui devait être fait.

00:25:31:04 00:25:33:04

J'ai fait de la chimiothérapie.

00:25:33:22 00:25:36:30

C'est une médication horrible.  
Mes cheveux sont tombés.

00:25:39:07 00:25:42:18

Je sentais des effets secondaires  
horribles pendant trois jours,

00:25:42:27 00:25:45:16

comme si j'allais mourir.

00:25:45:29 00:25:49:28  
C'était une sensation horrible,  
mais ça ne durait que quelques jours,

00:25:49:28 00:25:53:11  
quand la médication faisait effet.

00:25:53:25 00:25:57:05  
Une fois que c'était passé,  
je me sentais en pleine forme.

00:25:57:27 00:26:01:14  
Je priais tous les jours, à la messe.

00:26:02:16 00:26:05:19  
Je me suis rapellée  
d'une histoire dans la Bible

00:26:07:21 00:26:11:27  
d'une femme qui a été soignée juste  
en touchant la tunique de Jésus.

00:26:12:19 00:26:14:09  
Alors je me disais, "Jésus,"

00:26:14:18 00:26:17:16  
"tu as soigné cette femme  
qui a seulement touché ta tunique,"

00:26:17:16 00:26:20:17  
"moi aussi je veux être soignée."  
A chaque fois que je priais,

00:26:20:23 00:26:22:25  
je demandais à être soignée.

00:26:26:26 00:26:32:02  
Bien sûr, il y a eu une influence  
des médecins, des médicaments,

00:26:32:14 00:26:36:00  
je ne dis pas du tout le contraire,

00:26:36:15 00:26:39:10  
mais il y a aussi eu un miracle.

00:26:39:22 00:26:44:24  
Parce que avoir un cancer  
avec 17 nodules dans l'aisselle,

00:26:45:00 00:26:46:30

avoir retiré toute l'aisselle,

00:26:49:02 00:26:52:30  
et qu'il ne soit rien arrivé,  
même si j'ai perdu un sein,

00:26:53:09 00:26:58:12  
je n'ai jamais arrêté de travailler.  
Je partais pour faire mon traitement,

00:26:58:28 00:27:00:27  
même avec mon arrêt de travail.

00:27:01:15 00:27:03:02  
Je ne voulais pas  
rester sans rien faire.

00:27:03:11 00:27:05:11  
J'avais l'impression  
que si j'arrêtais de travailler,

00:27:05:20 00:27:09:07  
je penserais à ma maladie,  
à ma situation.

00:27:09:19 00:27:12:03  
Je voulais travailler,  
et j'ai continué à tout faire.

00:27:12:03 00:27:13:26  
J'ai rendu visite à d'autres malades,

00:27:15:02 00:27:20:27  
et d'autres membres de  
l'église ont subi cette opération.

00:27:21:25 00:27:24:14  
Ils avaient eu un cancer,  
malin ou non,

00:27:25:08 00:27:28:15  
mais aucun n'avait été  
aussi sérieux que le mien.

00:27:29:13 00:27:33:11  
La plupart n'ont pas dû  
retirer tout le sein,

00:27:33:11 00:27:35:16  
même s'ils ont fait de la chimio.

00:27:39:30 00:27:44:07  
J'arrivais déjà

à comprendre leur situation.

00:27:45:08 00:27:48:17  
Généralement,  
quand tu parles du cancer,

00:27:49:10 00:27:54:10  
la personne avec qui  
tu en parles désespère.

00:27:55:16 00:27:57:17  
Tout le monde n'est pas comme ça.

00:27:57:29 00:28:01:01  
Je n'ai pas eu de réaction spéciale,

00:28:01:16 00:28:05:06  
j'avais 16 ans,  
je ne savais pas ce que c'était.

00:28:06:11 00:28:09:29  
À partir de ce moment, le patient  
devient dépendant des autres.

00:28:11:10 00:28:16:03  
Il y a beaucoup  
de préjugés sur cette maladie,

00:28:17:10 00:28:20:29  
chez les gens en général.  
C'est très rare

00:28:20:29 00:28:24:05  
d'entendre un patient  
dire qu'il a un cancer.

00:28:24:20 00:28:27:21  
Il dit plutôt qu'il est malade,  
qu'il a une maladie grave.

00:28:30:04 00:28:33:16  
Denise, vous parliez avec  
d'autres parents d'enfants malades?

00:28:34:09 00:28:36:24  
Bien sûr, par exemple  
de l'alimentation,

00:28:37:22 00:28:40:11  
car ma fille ne pouvait pas  
manger certains aliments,

00:28:40:11 00:28:43:21

en particulier les crudités;  
Il fallait tout faire cuire.

00:28:44:12 00:28:48:08  
On parlait de tout ça.

00:28:48:10 00:28:51:10  
Mais on ne parlait pas de la maladie,

00:28:51:20 00:28:55:07  
comment je pouvais demander à  
des parents "ton fils, il a quoi ?"

00:28:55:15 00:28:57:10  
On savait ce qu'était le cancer.

00:28:57:22 00:29:02:16  
Mais on n'en parlait pas trop,  
on faisait attention,

00:29:02:16 00:29:08:10  
pour moins souffrir, c'est déjà dur  
de savoir que ta fille a un cancer.

00:29:10:01 00:29:16:07  
c'est quelque chose  
qui ne se fait pas.

00:29:20:14 00:29:24:08  
Pourquoi ça ne se fait pas ?

00:29:24:23 00:29:28:20  
Tu crois qu'il y a un préjugé  
avec le mot cancer ?

00:29:29:03 00:29:30:22  
Bien sûr que oui.

00:29:32:13 00:29:37:08  
Il y a des gens qui  
ne disent pas "cancer".

00:29:37:24 00:29:40:29  
ils disent "cette maladie".

00:29:42:06 00:29:44:19  
Il ne disent jamais "cancer".

00:29:46:08 00:29:51:27  
Je pense que c'est la désinformation  
qui crée le préjugé,

00:29:52:24 00:29:55:25

tout est à cause  
de la désinformation.

00:29:56:22 00:29:59:23  
Quand tu te retrouves  
dans cette situation,

00:29:59:23 00:30:02:09  
tu t'informes sur la maladie.

00:30:02:16 00:30:05:10  
Sur ce qu'est la chimiothérapie,

00:30:05:22 00:30:10:10  
qui est faite sur mesure,  
différente des autres maladies

00:30:10:23 00:30:14:15  
où tu vas à l'hôpital et  
où tu as un traitement type.

00:30:14:24 00:30:16:22  
La chimiothérapie est produite  
par des pharmaciens,

00:30:16:22 00:30:18:29  
mais elle est spécifique  
à chaque personne.

00:30:19:14 00:30:22:15  
De temps en temps,  
je sortais avec mon frère,

00:30:22:15 00:30:25:26  
on allait faire un tour  
le dimanche soir, ou le samedi,

00:30:26:29 00:30:29:04  
pour que je ne m'isole pas trop.

00:30:30:01 00:30:32:22  
À l'époque, j'étais très pâle,

00:30:32:22 00:30:37:04  
j'ai perdu mes cheveux deux fois  
pendant le traitement,

00:30:37:20 00:30:41:00  
j'étais complètement chauve.

00:30:41:22 00:30:45:11  
Une fois, j'avais les cheveux longs,  
et je suis allé me laver,

00:30:46:02 00:30:49:01

quand je me lavais les cheveux,  
ils sont tombés d'un coup,

00:30:49:01 00:30:50:18

et je suis sorti de la douche chauve.

00:30:51:07 00:30:55:06

On est quand même sortis,  
et quand on s'est arrêtés,

00:30:56:07 00:30:59:16

il y a eu un coup de vent  
et ma casquette s'est envolée.

00:30:59:29 00:31:02:16

Des fois, les gens voyaient  
que j'étais blanc, ou enflé,

00:31:02:16 00:31:08:01

mais imagine leur réaction  
quand ils voient que tu es chauve.

00:31:08:15 00:31:11:06

Donc ma casquette s'est envolée,  
et des filles m'ont regardé,

00:31:11:22 00:31:13:10

je me suis senti gêné.

00:31:13:29 00:31:17:11

Tu avais des cheveux, tu étais mignon

00:31:17:20 00:31:22:10

et tu te retrouves chauve,  
les gens te regardent différemment,

00:31:22:22 00:31:25:03

genre "regarde c'est lui",  
un peu comme ça.

00:31:26:01 00:31:30:18

C'est la seule fois où  
je me suis vraiment senti malade,

00:31:30:18 00:31:32:28

où j'y ai pensé.

00:31:33:14 00:31:36:04

Je ne comprends pas  
pourquoi il y a des préjugés,



00:31:38:29 00:31:42:11

combien il y a de cas  
de cancer aujourd'hui ?

00:31:42:22 00:31:44:10

C'est une maladie curable,

00:31:44:25 00:31:48:18

on a les moyens et les connaissances  
pour le soigner de nos jours.

00:31:48:27 00:31:50:25

Il me semble que ces préjugés,

00:31:51:04 00:31:55:02

à mesure  
que les cancers deviennent curables,

00:31:55:06 00:31:57:18

ils commencent à diminuer.

00:31:58:01 00:31:59:26

Mais ils sont encore très présents,

00:32:00:09 00:32:05:13

c'est comme si la personne est  
marquée à vie, "il a eu un cancer".

00:32:06:02 00:32:11:08

Et ça n'arrive pas seulement  
avec les gens en général,

00:32:13:02 00:32:15:10

dans le milieu médical aussi,

00:32:15:28 00:32:20:22

comme si la personne était  
déjà condamnée, alors que non.

00:32:21:02 00:32:25:13

On ne compte plus les cas  
de patients critiques qu'on reçoit.

00:32:27:05 00:32:29:08

On discute avec eux.

00:32:29:13 00:32:33:02

Combien de nos amis, en bonne santé,  
sont partis au long du temps.

00:32:37:16 00:32:39:13

Le plus important est de se battre,

00:32:39:25 00:32:45:21  
indépendamment de la gravité, pour  
les cas chronicisables et curables,

00:32:46:24 00:32:50:27  
il faut lutter  
parce qu'on peut tout vaincre.

00:32:51:17 00:32:53:15  
On pense que le cancer est incurable,

00:32:53:29 00:32:57:01  
ils parlent de phase terminale,

00:32:57:07 00:32:59:27  
de phase initiale,  
de curable et incurable.

00:33:00:05 00:33:02:17  
Je pense qu'avec Dieu  
rien n'est impossible.

00:33:02:30 00:33:05:05  
En suivant bien le traitement,

00:33:05:14 00:33:10:12  
tu as de grandes chances  
de vaincre ces maladies.

00:33:12:04 00:33:16:08  
La foi existe  
dans toutes les cultures,

00:33:17:02 00:33:20:08  
chez tout le monde,

00:33:20:17 00:33:22:13  
même chez les scientifiques,

00:33:22:30 00:33:27:15  
mais on ne peut pas expliquer  
la foi d'une manière cartésienne,

00:33:28:18 00:33:31:01  
comme on démontre un théorème.

00:33:34:03 00:33:38:08  
Des études, par exemple  
sur l'importance des prières,

00:33:40:10 00:33:46:25  
existent déjà, et certains pensent  
qu'elles sont pertinentes,

00:33:48:01 00:33:50:16  
et que les personnes malades ont  
une meilleure évolution

00:33:50:16 00:33:54:08  
quand elles ont la foi et prient.

00:33:55:06 00:34:01:02  
J'aime aussi à dire

00:34:03:10 00:34:06:08  
que la foi qu'une personne a,

00:34:06:20 00:34:08:16  
ce n'est pas que pour guérir,

00:34:08:16 00:34:11:24  
mais c'est aussi une forme d'accepter  
plus facilement sa situation.

00:34:12:05 00:34:15:21  
Je ne dis pas  
que tout vient de la foi,

00:34:16:13 00:34:22:10  
c'est un ensemble, mais la foi est  
très importante dans ces moments.

00:34:23:06 00:34:28:29  
Même quelqu'un  
qui n'était pas pratiquant,

00:34:29:25 00:34:34:25  
qui ne montrait pas sa foi,  
dans ces moments il se libère.

00:34:37:00 00:34:38:26  
En plus de ça,

00:34:39:05 00:34:42:26  
je pense que la présence de  
la famille est aussi très importante.

00:34:43:24 00:34:48:01  
Les patients qui ont leur famille  
pour les aider

00:34:48:24 00:34:51:21  
et pour les réconforter,

00:34:51:21 00:34:55:23  
ces patients ont un traitement

beaucoup plus paisible.

00:34:56:05 00:34:58:07  
COIFFEUR

00:34:59:28 00:35:01:16  
On espère qu'il se soigne vite.

00:35:01:25 00:35:05:12  
mais s'il doit prendre des  
comprimés pour le restant de sa vie,

00:35:05:18 00:35:07:20  
on l'acceptera car le plus important  
c'est qu'il soit ici avec nous,

00:35:07:29 00:35:10:21  
heureux et plein d'énergie,  
et qu'il nous donne de la force.

00:35:11:09 00:35:13:01  
Il a dit quelque chose de  
très intéressant,

00:35:13:01 00:35:14:16  
son corps le fait beaucoup souffrir.

00:35:16:29 00:35:19:19  
Quand on a un cancer,  
tout le corps souffre,

00:35:19:19 00:35:22:06  
et comme le sang est aussi touché,

00:35:22:18 00:35:25:11  
il y a des jours où il ne peut pas  
travailler, il ne tient pas debout,

00:35:25:11 00:35:28:03  
il ne mange plus et alors il s'isole.

00:35:28:14 00:35:31:20  
Ces jours où il s'isole,  
il reste couché dans sa chambre

00:35:31:20 00:35:37:03  
tellement il souffre, ce qui est  
caractéristique de certains cancers.

00:35:37:20 00:35:40:22  
Dans ces moments,  
le mieux est de laisser Kuki seul,

00:35:41:17 00:35:47:02  
parce qu'il a tellement mal qu'il est  
irritable, sans envie de parler.

00:35:47:15 00:35:51:04  
Il faut qu'on ait notion de ça,

00:35:51:04 00:35:56:03  
qu'on reste calme pour pouvoir  
faire face à cette situation.

00:35:56:14 00:35:59:10  
Des fois, on est exigeants,  
on attend certaines choses,

00:35:59:26 00:36:01:16  
mais on ne se rend pas compte

00:36:06:26 00:36:08:19  
qu'on n'est pas à sa place.

00:36:10:05 00:36:13:02  
On pense toujours  
que ça ne nous arrivera jamais,

00:36:13:02 00:36:14:18  
que ça n'arrive qu'aux autres.

00:36:15:15 00:36:19:11  
Quand on a eu la nouvelle,  
j'étais désespérée.

00:36:19:11 00:36:22:16  
Le médecin m'a dit  
"votre fille a 50% de chances."

00:36:23:27 00:36:26:21  
Toute ma famille m'a aidée,  
sans exception,

00:36:27:08 00:36:30:23  
la famille de mon mari et la mienne.

00:36:30:23 00:36:36:02  
Ils ont fait tout  
ce qu'ils pouvaient.

00:36:36:24 00:36:39:05  
Il accepte sa maladie plus que nous.

00:36:39:05 00:36:44:09  
On souffre plus que lui, nous  
ses frères, la famille, nos parents.

00:36:44:26 00:36:48:06  
Il arrive à nous transmettre  
une énergie plus forte

00:36:48:06 00:36:49:24  
que ce qu'on arrive à lui donner.

00:36:50:06 00:36:52:01  
Elle a passé un an et demi en soins.

00:36:54:14 00:36:56:16  
On a ensuite fait des examens  
et elle n'avait plus rien,

00:36:56:16 00:37:00:25  
mais l'année dernière  
elle a eu une récurrence du cancer.

00:37:01:07 00:37:03:21  
La même tumeur, sur son visage.

00:37:08:01 00:37:12:22  
Quelle était votre relation,  
votre implication avec les médecins?

00:37:16:20 00:37:19:29  
La relation n'était pas celle d'une  
mère de patient et d'un médecin,

00:37:20:04 00:37:21:26  
il faisait partie de la famille.

00:37:22:20 00:37:28:11  
J'essaie toujours de créer  
une bonne relation avec le patient,

00:37:28:20 00:37:31:01  
en partie pour  
le convaincre d'accepter

00:37:31:01 00:37:34:16  
le traitement  
que je vais lui proposer.

00:37:35:29 00:37:41:06  
Les traitements durent longtemps,

00:37:42:27 00:37:46:28  
une leucémie lymphocytaire aiguë,  
c'est deux ans et demi de traitement,

00:37:47:07 00:37:49:07

pour un enfant.

00:37:49:23 00:37:55:00  
Evidemment, ils créent  
des liens avec les professionnels.

00:37:55:15 00:37:59:02  
Ils disent "je veux que ce soit  
cette infirmière seulement."

00:37:59:14 00:38:02:01  
On essaie de faire en sorte  
que ça n'arrive pas,

00:38:02:01 00:38:05:09  
parce qu'il n'aura pas  
toujours le choix

00:38:05:18 00:38:08:07  
et d'autres s'occuperont de lui.

00:38:09:02 00:38:12:07  
Mais quand je suis avec un patient,

00:38:12:16 00:38:16:00  
je me dédie exclusivement à lui.

00:38:16:15 00:38:19:27  
Chacun est unique.

00:38:21:13 00:38:24:17  
Les professionnels  
se créent des rituels

00:38:24:26 00:38:27:30  
pour pouvoir faire  
ce qu'ils ont à faire.

00:38:28:08 00:38:32:13  
Les enfants ont peur,  
peur des ponctions par exemple.

00:38:32:25 00:38:36:08  
Ils peuvent supporter  
tout le traitement, vomir,

00:38:36:17 00:38:39:15  
ils peuvent tout leur arriver,  
mais ils ont peur de la piqûre.

00:38:41:07 00:38:46:10  
Au moment de la piqûre  
je fais toute une mise en scène.

00:38:47:13 00:38:51:21

Ils appellent à l'aide, ils pleurent.

00:38:53:15 00:38:58:27

Tu dois aller faire la ponction  
calmement,

00:38:59:07 00:39:03:03

mais tu dois y aller seulement  
pour faire ça.

00:39:03:24 00:39:06:22

Tu dois t'occuper de ton patient.

00:39:09:06 00:39:12:07

Parfois il y a  
tout un service prêt à le faire,

00:39:13:02 00:39:17:24

mais à ce moment  
je m'isole avec le patient,

00:39:18:06 00:39:20:07

tout peut s'effondrer autour.

00:39:20:19 00:39:24:27

Des fois, ils m'attendent en appelant  
déjà à l'aide, en pleurant.

00:39:25:13 00:39:29:05

"Ne pleure pas,  
je vais piquer et tout ira bien."

00:39:29:05 00:39:35:17

"Tu ne vas même pas pleurer.  
Ou juste un peu."

00:39:36:03 00:39:40:03

Et c'est comme ça qu'on crée  
des liens avec les patients,

00:39:40:13 00:39:43:15

et quand ce sont des enfants,  
ils se créent un monde imaginaire.

00:39:43:28 00:39:47:00

Ils s'inventent leur vie  
à l'intérieur de l'hôpital.

00:39:47:15 00:39:50:07

Ils ne vont plus à l'école,  
ils n'ont plus rien.



00:39:50:20 00:39:53:28

Leur univers devient l'hôpital,  
et ce qui est incroyable,

00:39:53:28 00:39:56:16

c'est qu'ils arrivent à s'y amuser.

00:39:58:18 00:40:02:24

Ils arrivent à être contents,  
à sourire.

00:40:03:04 00:40:06:03

Des fois, tu arrives énervé,

00:40:06:15 00:40:10:04

et là tu vois un enfant atteint  
d'une maladie grave,

00:40:10:13 00:40:14:29

qui ne peut pas sortir de son lit,  
te sourire, que demander de plus?

00:40:17:05 00:40:20:21

Plains-toi un autre jour.

00:40:22:06 00:40:27:06

Cet enfant est le meilleur exemple  
de comment on doit vivre.

00:40:29:13 00:40:35:01

Il accepte sa maladie,  
son traitement,

00:40:35:16 00:40:38:16

et il est entre les mains  
de personnes qu'il ne connaît pas

00:40:38:16 00:40:40:10

et en qui il doit avoir confiance.

00:40:41:01 00:40:43:12

Il faut vivre chaque moment,

00:40:43:12 00:40:47:09

et toujours donner  
le meilleur de soi.

00:40:48:20 00:40:52:29

Après l'opération,  
j'avais toujours les points,

00:40:53:08 00:40:54:27

et j'ai quand même travaillé.

00:40:55:17 00:40:59:24

Un de mes clients était  
garçon d'honneur, donc il m'a appelé.

00:40:59:30 00:41:03:04

Quand il a appelé, on lui a dit  
que je ne travaillais pas.

00:41:03:18 00:41:05:30

Il m'a appelé et il m'a dit  
qu'il était garçon d'honneur

00:41:05:30 00:41:07:04

et qu'il devait  
se faire couper les cheveux.

00:41:07:04 00:41:08:29

Mais il ne savait pas  
ce qu'il m'était arrivé.

00:41:09:11 00:41:11:23

on a pris rendez-vous et je suis allé  
au salon lui couper les cheveux.

00:41:12:15 00:41:17:26

Mon médecin l'a appris,  
et il est allé au salon pour voir,

00:41:17:26 00:41:22:05

car il n'y croyait pas,  
au vu de l'opération que j'avais eue,

00:41:22:15 00:41:24:22

que je sois là,  
moins de 10 jours après,

00:41:24:22 00:41:26:29

encore avec les points,  
en train de couper des cheveux.

00:41:27:07 00:41:29:27

Je me suis dit  
que je ne me rendrais pas.

00:41:30:25 00:41:35:28

L'objectif de ma vie, c'était vivre.  
Mon projet, c'est de vivre.

00:41:36:08 00:41:40:26

J'ai commencé à me contrôler,  
je pleurais parfois,

00:41:40:26 00:41:45:16

mais je me cachais  
pour que ma mère ne soit pas triste,

00:41:46:05 00:41:50:05

Parce qu'elle est partie de chez nous  
pour vivre à l'hôpital avec moi.

00:41:51:28 00:41:54:08

Notre relation mère-fille était...

00:41:58:13 00:42:00:12

très forte.

00:42:02:18 00:42:07:20

tellement qu'il n'y avait que moi  
qui l'accompagnais à l'hôpital.

00:42:09:27 00:42:12:29

On allait à l'hôpital tous  
les 15 jours pour la chimiothérapie,

00:42:13:27 00:42:16:06

on y restait trois ou quatre jours.

00:42:18:08 00:42:21:02

Bien sûr, la famille aidait aussi.

00:42:21:15 00:42:25:13

Mais une mère c'est différent.

00:42:33:26 00:42:36:16

Je lui administrais ses médicaments,

00:42:38:21 00:42:44:01

tu peux même me demander  
si je sais insérer un cathéter,

00:42:44:10 00:42:46:16

car je le sais.

00:42:46:27 00:42:49:18

J'ai tellement vu  
les infirmières le faire.

00:42:50:03 00:42:52:00

Elle l'a retiré la semaine dernière.

00:42:52:21 00:42:54:15

Tu as appris en regardant?

00:42:54:30 00:42:58:12

En regardant. En les regardant faire  
avec le cathéter.

00:43:00:09 00:43:03:02  
On n'oublie pas le milieu  
dans lequel on a vécu,

00:43:03:02 00:43:06:07  
j'ai presque habité à l'hôpital  
pendant deux ans et huit mois.

00:43:06:23 00:43:09:03  
Parce que c'était ma nouvelle maison.

00:43:10:16 00:43:14:29  
Je devais y rester une semaine,  
huit jours, des fois plus.

00:43:15:11 00:43:16:29  
Puis je passais deux jours chez moi.

00:43:17:07 00:43:20:10  
Le fait de pouvoir rentrer  
aide beaucoup.

00:43:21:03 00:43:25:09  
Psychologiquement,

00:43:25:09 00:43:28:22  
que tu le veuilles ou non,  
tu changes complètement.

00:43:29:25 00:43:34:24  
Cet état d'esprit d'adolescent  
de 16 ans que j'avais a changé.

00:43:35:11 00:43:41:11  
Pourquoi moi? Ça aurait pu être  
ma mère, ou n'importe qui d'autre.

00:43:41:24 00:43:43:30  
On voulait m'aider pour tout,  
mais ça ne résout rien,

00:43:44:09 00:43:47:08  
parce qu'il n'y a que moi qui pouvais  
m'aider, je devais faire un effort.

00:43:49:08 00:43:54:28  
Vous êtes cancérologue,  
et vous avez aussi eu un cancer.

00:43:55:21 00:43:59:21

Quelle est la sensation,  
pour quelqu'un qui traite des malades

00:43:59:21 00:44:01:11  
de savoir que vous aviez un cancer?

00:44:01:11 00:44:05:26  
Comment l'avez-vous accepté,  
et quelle a été votre réaction?

00:44:09:11 00:44:12:27  
En réalité, ça date d'il y a onze ans.

00:44:13:13 00:44:15:09  
J'ai eu un premier cancer,

00:44:18:20 00:44:24:10  
alors que deux ans auparavant  
j'avais écrit, avec un collègue,

00:44:26:20 00:44:29:11  
un des chapitres  
d'un livre sur le cancer.

00:44:30:27 00:44:35:08  
Donc je savais mes chances,

00:44:35:08 00:44:39:20  
de vaincre la maladie  
comme d'y succomber.

00:44:40:22 00:44:44:22  
Heureusement, j'ai été victorieux.

00:44:46:27 00:44:52:03  
L'impact psychologique est vraiment

00:44:53:20 00:44:56:15  
traumatisant.

00:44:59:24 00:45:06:04  
Mais le cancer que j'ai eu était  
de ceux curables, ou chronicisables,

00:45:06:20 00:45:11:19  
L'impact aurait été très différent  
si j'avais eu un cancer

00:45:13:29 00:45:16:25  
qui ne me laissait aucune chance.

00:45:17:22 00:45:22:14  
Avec le temps,

on apprend à vivre avec la maladie,

00:45:23:15 00:45:26:07

qui est une situation incertaine.

00:45:28:01 00:45:33:14

Et avec le temps, on peut être  
atteint d'autres maladies,

00:45:34:25 00:45:41:01

ou alors voir qu'on tient le coup  
alors que d'autres, en bonne santé,

00:45:41:27 00:45:44:28

meurent, ou ont des maladies  
plus graves encore.

00:45:45:18 00:45:51:29

Cette expérience nous amène à penser  
les choses différemment.

00:45:53:10 00:45:59:18

Plus tard, j'ai eu une récurrence  
du cancer, alors que j'étais guéri.

00:46:01:15 00:46:03:23

Le lymphome est une tumeur différente

00:46:04:02 00:46:10:10

quand le patient a eu  
une réponse totale et semble soigné,

00:46:11:01 00:46:16:23

le cancer peut réapparaître  
dans les deux ou trois ans.

00:46:17:08 00:46:19:28

et il est rare que cela arrive après.

00:46:20:08 00:46:23:03

pour un lymphome de haut degré.

00:46:23:27 00:46:27:16

Dans mon cas, quelque chose  
d'exceptionnel est arrivé,

00:46:27:25 00:46:29:24

il est réapparu dix ans après.

00:46:30:03 00:46:33:05

En réalité, un peu avant,  
mais il n'a pas été détecté.

00:46:35:25 00:46:39:06

J'avais des doutes  
depuis la première fois

00:46:39:15 00:46:42:18

que j'avais parlé avec le médecin.

00:46:42:30 00:46:46:14

Il y avait un autre  
composant du lymphome

00:46:47:05 00:46:50:07

qui pouvait provoquer  
une récurrence tardive.

00:46:52:17 00:46:57:05

Nouvel impact  
psychologique et physique.

00:46:57:05 00:47:01:28

Mais on apprend à vivre  
avec ce genre de choses

00:47:01:28 00:47:05:04

et parfois ce sont les autres

00:47:05:16 00:47:09:22

qui nous voient dans un état pire  
que nous nous sentons.

00:47:11:15 00:47:14:24

C'est comme ça  
que je vois les choses aujourd'hui,

00:47:15:13 00:47:18:00

je me bats,

00:47:18:18 00:47:20:21

il n'y a pas de surprises.

00:47:22:18 00:47:24:26

Vous me demandez  
comment je vis ma maladie?

00:47:24:26 00:47:27:23

Je ne sais pas si j'ai un cancer  
aujourd'hui. Je peux ne pas l'avoir.

00:47:31:02 00:47:34:22

Et votre relation  
avec vos patients a changé ?

00:47:36:24 00:47:40:29

Une des choses les plus importantes  
qu'on doit avoir,

00:47:41:29 00:47:44:06  
c'est la compassion,

00:47:46:21 00:47:50:14  
parce que sans compassion  
on ne peut pas bien soigner.

00:47:52:10 00:47:58:16  
On peut être un grand intellectuel,  
savoir beaucoup de choses,

00:47:59:08 00:48:01:26  
sans compassion,  
on n'est pas un bon médecin.

00:48:03:07 00:48:07:10  
Un bon médecin peut se retrouver  
devant n'importe quel patient,

00:48:07:22 00:48:10:05  
curable, chronicisable,

00:48:11:07 00:48:14:10  
en phase terminale,  
il saura toujours quoi faire.

00:48:15:06 00:48:17:16  
Cette attitude, je l'ai toujours eue,  
elle fait partie de moi,

00:48:18:10 00:48:21:01  
mais cela dépend  
de la sensibilité de chacun.

00:48:21:21 00:48:27:30  
Après cette étape, je me suis assis  
des deux côtés du bureau,

00:48:28:28 00:48:34:04  
et je sais évidemment mieux comment  
se sent un patient assis devant moi.

00:48:36:03 00:48:38:26  
Comment votre famille l'a accepté ?

00:48:39:26 00:48:41:27  
La première fois,

00:48:43:19 00:48:47:20  
certains membres de ma famille,



comme mes parents, ne l'ont pas su.

00:48:51:07 00:48:55:20

Mais les plus proches,  
mes enfants, en ont souffert.

00:48:56:16 00:49:01:07

Même si certains étaient encore  
très jeunes,

00:49:01:25 00:49:04:21

ils en ont souffert,

00:49:05:04 00:49:09:05

mais tous avaient l'espoir de guérir.

00:49:10:11 00:49:14:15

Le docteur Waldir a été le premier  
interviewé,

00:49:16:26 00:49:21:11

et il a aussi suivi un traitement  
contre le cancer.

00:49:22:10 00:49:27:12

Quelle a été ta relation  
avec le docteur Waldir

00:49:29:28 00:49:35:03

quand tu as su qu'il s'était retrouvé  
dans la même situation ?

00:49:35:16 00:49:42:10

Quand j'ai su que j'allais devoir  
être interné, suivre un traitement,

00:49:43:08 00:49:49:20

je me suis rappelé ce qu'il m'a dit  
lors de notre première rencontre.

00:49:50:03 00:49:53:27

"J'ai eu un cancer, j'ai suivi  
un traitement, et je suis guéri".

00:49:55:13 00:49:58:21

Ça m'a beaucoup aidé.

00:49:59:20 00:50:04:14

La personne la plus proche de moi,  
c'était lui.

00:50:05:04 00:50:10:26

C'est lui qui m'a suivi,

et il a été patient d'autres médecins.

00:50:11:25 00:50:14:14

Je lui posais beaucoup de questions,

00:50:15:29 00:50:20:24

par exemple combien de semaines  
de chimio j'allais devoir faire,

00:50:21:08 00:50:24:16

combien lui en a fait,  
combien les autres en font,

00:50:24:29 00:50:26:02

et il me répondait toujours

00:50:26:09 00:50:28:05

"Fernando, chaque cas est différent."

00:50:28:22 00:50:32:02

"Ton organisme réagit d'une façon,  
le mien d'une autre,"

00:50:32:14 00:50:36:20

"et c'est pareil pour les autres.  
Chaque cas est différent."

00:50:37:05 00:50:41:01

Tu avais des envies irréalisables,

00:50:41:16 00:50:45:09

des choses que tu voulais faire  
et que tu ne pouvais pas ?

00:50:45:24 00:50:48:24

Comme je le disais.  
A l'époque je voulais sortir,

00:50:49:22 00:50:53:12

des fois j'entendais les voitures,  
la musique,

00:50:54:04 00:50:58:28

des gens qui allaient faire la fête  
et moi je ne pouvais pas y aller.

00:51:00:17 00:51:03:30

Autre chose,  
je voulais avoir une copine.

00:51:04:09 00:51:07:12

Je me plaignais, je disais  
que je voulais avoir une copine

00:51:07:30 00:51:10:17  
et ma mère me disait  
"tu ne peux pas pour l'instant."

00:51:11:03 00:51:16:16  
Je voulais avoir  
quelqu'un à côté de moi, une fille,

00:51:16:26 00:51:20:25  
mais je n'avais personne.  
C'était un de mes souhaits.

00:51:21:17 00:51:26:12  
Et le principal, c'était d'être guéri  
et d'en finir avec le traitement.

00:51:26:28 00:51:31:10  
- Et tu as eu une copine après?  
- Après c'était autre chose!

00:51:32:04 00:51:39:25  
J'en ai eu plusieurs,  
mais c'est passé avec le temps.

00:51:40:14 00:51:42:24  
- Et aujourd'hui ?  
- Oui, j'ai une copine.

00:51:43:03 00:51:45:14  
Et comment tu en parles avec elle ?

00:51:46:01 00:51:51:01  
Quand on a commencé  
à sortir ensemble,

00:51:51:24 00:51:53:25  
je lui ai raconté,

00:51:55:20 00:51:58:01  
elle a été abasourdie.

00:51:58:01 00:52:02:03  
Et elle ne me posait pas trop  
de questions au début.

00:52:02:17 00:52:05:08  
Aujourd'hui, elle m'en pose.  
On en parle sans problèmes

00:52:05:09 00:52:07:18  
car elle est en école d'infirmière.

00:52:07:27 00:52:10:27

Je l'ai toujours dit à mes copines.

00:52:11:24 00:52:15:25

D'un point de vue personnel,  
ce que je vais dire est intéressant.

00:52:16:11 00:52:19:08

Le témoignage  
que vous venez de filmer,

00:52:19:17 00:52:21:10

on a parlé de choses  
pour la première fois.

00:52:22:16 00:52:26:23

Sur les projets qui accompagnent  
la maladie, le cancer.

00:52:27:15 00:52:30:04

La vie avec le cancer,

00:52:30:18 00:52:34:09

on en parle rarement, on n'arrive pas  
à s'étendre sur le sujet,

00:52:35:05 00:52:38:06

c'est très sensible, et généralement  
l'émotion prend le dessus.

00:52:38:21 00:52:43:23

C'est la première fois qu'on en parle  
ouvertement, avec conviction.

00:52:44:23 00:52:50:21

Maintenant que je vis le cancer  
au jour le jour avec Kuki,

00:52:51:21 00:52:56:28

on a appris à vivre avec,  
il nous donne de l'espoir,

00:52:57:20 00:53:00:21

et je ne me vois absolument pas  
ne plus l'avoir à mes côtés demain.

00:53:02:05 00:53:04:07

Si je commence à y penser,

00:53:04:20 00:53:08:17

je n'arriverai à rien,  
même pas à lui donner du réconfort.

00:53:09:02 00:53:13:22

Comment votre foi vous a permis  
d'accepter votre corps,

00:53:14:05 00:53:15:22

après avoir dû retirer un sein?

00:53:16:02 00:53:21:12

Ce fut particulier,  
je n'ai jamais été coquette,

00:53:22:02 00:53:27:19

mais quand je suis allée me doucher  
avant d'aller à l'hôpital,

00:53:30:13 00:53:35:21

je me suis dit "mon dieu,  
ma poitrine est si parfaite,"

00:53:36:10 00:53:40:24

"et je vais la perdre?"

J'ai beaucoup pleuré.

00:53:41:05 00:53:44:23

Je me suis dit que je ne sortirai pas  
de la salle de bain.

00:53:45:22 00:53:47:29

Cette impression...

00:53:48:25 00:53:51:18

J'étais très triste.

00:53:52:23 00:53:58:06

Mais une citation  
biblique m'est revenue

00:54:00:13 00:54:02:29

"Si ton oeil ne te sert pas,  
arrache-le,"

00:54:02:29 00:54:06:01

"si ta main ne t'aide pas,  
arrache-la."

00:54:06:13 00:54:10:19

Donc si ma poitrine ne m'aide pas,  
on va l'enlever.

00:54:11:07 00:54:14:07

Et je suis allée à l'hôpital  
avec cette idée.

00:54:16:16 00:54:18:17

Quand j'y suis arrivée,

00:54:23:10 00:54:26:17

on a fait la préparation,  
un peu avant l'opération,

00:54:27:16 00:54:30:16

l'infirmière m'a dit  
"Tu es si calme,"

00:54:30:29 00:54:33:07

-"tu sais ce qui va se passer?"

-"oui, je le sais."

00:54:34:17 00:54:37:17

"Tu es si calme,  
normalement on voit les personnes..."

00:54:37:26 00:54:44:06

Je lui ai dit "Mais j'ai déjà  
beaucoup pleuré, je suis prête."

00:54:44:16 00:54:46:17

"C'est bien que vous soyez prête."

00:54:49:14 00:54:51:24

Je mets des vêtements plus larges,

00:54:52:15 00:54:54:13

Je ne porte plus certains vêtements,

00:54:54:13 00:54:56:20

des hauts transparents,  
parce que ça se voit.

00:54:57:15 00:55:01:13

Ils ont dû tout enlever,  
on peut voir mes côtes.

00:55:03:01 00:55:06:04

J'ai un trou au niveau des aisselles.

00:55:08:10 00:55:11:12

Vous-mêmes pouvez le remarquer  
de ce côté.

00:55:15:03 00:55:18:28

Si je peux parler sincèrement,  
ça ne se voit pas.

00:55:19:19 00:55:22:26

C'est parce que

je mets des vêtements appropriés.

00:55:23:04 00:55:27:13  
Si j'utilise un haut à bretelles,

00:55:27:26 00:55:30:26  
ou un transparent, ça se voit.

00:55:32:06 00:55:38:20  
Mais j'ai toujours été discrète,  
dans ma manière de m'habiller.

00:55:39:21 00:55:45:22  
je m'habille toujours  
avec des hauts à manches,

00:55:47:03 00:55:52:21  
un peu plus larges,  
je ne porte rien de serré, ça aide.

00:55:53:12 00:55:57:04  
Tous les mois, je fais  
une application, je continue encore,

00:55:58:05 00:56:00:11  
comme un médicament.

00:56:02:13 00:56:05:24  
Je suis arrivée à l'hôpital  
avec le sourire,

00:56:06:03 00:56:07:28  
comme si j'allais avoir un cadeau.

00:56:08:27 00:56:10:15  
Mais c'est un cadeau.

00:56:11:20 00:56:13:14  
C'est vraiment un cadeau.

00:56:13:23 00:56:17:06  
Je vis, et mon rêve est de vivre,

00:56:17:21 00:56:20:27  
donc je la vis  
de la meilleure manière possible.

00:56:21:10 00:56:23:20  
Si j'ai la force de travailler,  
je travaille.

00:56:23:20 00:56:26:29  
Si j'ai la force de sortir le soir

pour m'amuser, je sors.

00:56:27:05 00:56:30:05  
Mais si ça ne va pas bien  
et que je ne peux rien faire,

00:56:30:05 00:56:32:28  
je reste couché dans ma chambre,  
mais je le supporte bien.

00:56:35:02 00:56:41:14  
C'est très important,  
se satisfaire de ce que l'on vit.

00:56:42:19 00:56:46:26  
On a eu une petite fille  
qui nous a beaucoup marqués,

00:56:47:22 00:56:49:17  
elle est arrivée à huit mois.

00:56:50:28 00:56:55:29  
À l'époque, elle était malade,  
mais elle est guérie depuis.

00:56:58:05 00:57:01:09  
Elle a dû faire  
une opération sérieuse, à huit mois.

00:57:02:22 00:57:04:24  
Elle a suivi le traitement.

00:57:05:13 00:57:10:09  
Elle l'a suivi jusqu'à quatre ans,

00:57:10:27 00:57:14:03  
avec nous,  
dans ses allers-retours à l'hôpital.

00:57:14:27 00:57:17:26  
Son rêve était d'avoir  
les cheveux longs,

00:57:18:15 00:57:21:21  
car elle a longtemps été chauve.

00:57:22:06 00:57:24:24  
Elle demandait les infirmières  
qui avaient les cheveux longs,

00:57:25:21 00:57:31:05  
comme ça elle pouvait leur demander  
de mettre leurs cheveux sur sa tête



00:57:31:15 00:57:34:04  
et elle se regardait dans le miroir,  
avec des cheveux.

00:57:34:26 00:57:36:15  
A quatre ans.

00:57:37:11 00:57:39:28  
Il y a quelques temps,

00:57:43:01 00:57:45:11  
j'ai rencontré les parents  
de cette petite fille.

00:57:45:25 00:57:48:27  
Aujourd'hui, elle a treize ans  
et les cheveux longs.

00:57:50:01 00:57:54:16  
On se rend compte  
que souvent les besoins

00:57:54:28 00:57:58:03  
et les priorités des patients sont  
différents des nôtres.

00:57:58:24 00:58:02:30  
Comment tu te sens quand  
tu rencontres un ancien patient?

00:58:03:15 00:58:05:06  
Quels sont tes sentiments?

00:58:06:02 00:58:08:07  
Il y en a plusieurs.

00:58:08:21 00:58:10:25  
Je ressens de l'émotion,

00:58:12:26 00:58:19:02  
le sentiment de mission accomplie,  
de professionnalisme,

00:58:20:01 00:58:25:20  
de savoir que toi et beaucoup  
d'autres ont fait partie de ça,

00:58:25:30 00:58:29:03  
qu'on a travaillé  
pour que cette personne soit là,

00:58:30:03 00:58:33:21

qu'elle fasse sa vie, son histoire.

00:58:35:14 00:58:41:02  
Par exemple, il y a un mois,  
je suis allée à une fête,

00:58:42:25 00:58:46:12  
quand je suis arrivée,  
une fille m'a vue et a pleuré,

00:58:48:24 00:58:53:15  
la fête battait son plein  
et elle pleurait.

00:58:54:11 00:58:57:26  
Il faisait noir,  
alors je l'ai emmenée sous la lumière

00:58:58:19 00:59:01:10  
et là je l'ai reconnue.

00:59:02:16 00:59:09:26  
On était très proches  
durant son traitement.

00:59:10:14 00:59:13:29  
Elle a été la première adolescente  
à faire une greffe de moelle osseuse.

00:59:15:29 00:59:20:26  
Après la greffe,  
on donne des conseils,

00:59:24:25 00:59:30:20  
car les patients devront refaire  
les vaccins infantiles un an après,

00:59:31:21 00:59:36:10  
comme le BCG.  
C'est comme une seconde vie.

00:59:37:21 00:59:41:22  
Je l'ai prévenue qu'elle ne pouvait  
embrasser personne,

00:59:42:00 00:59:43:26  
c'est un conseil qu'on donnait.

00:59:44:11 00:59:47:15  
Un an après sa greffe,

00:59:47:20 00:59:49:03  
elle m'a envoyé une lettre

00:59:50:03 00:59:55:06  
disant qu'elle avait eu son premier  
baiser, elle était heureuse.

00:59:55:27 01:00:00:22  
Quand je l'ai rencontrée...  
elle a fait la greffe en 98,

01:00:02:18 01:00:07:02  
Je lui ai demandé si  
elle pleurait de joie ou de chagrin.

01:00:07:21 01:00:09:05  
Elle m'a dit qu'elle pleurait de joie

01:00:09:15 01:00:12:22  
de me voir, après tout  
ce qu'on a passé ensemble.

01:00:13:07 01:00:16:16  
Les patients considèrent  
qu'on vit cette aventure avec eux.

01:00:17:09 01:00:23:15  
Et c'est en partie vrai.  
On les accompagne au quotidien.

01:00:24:02 01:00:29:27  
Et cette relation ne nous laisse pas  
indifférents,

01:00:31:10 01:00:33:10  
on apprend beaucoup à leurs côtés,

01:00:34:22 01:00:37:10  
on apprend beaucoup de la vie.

01:00:38:05 01:00:43:02  
Il n'y a pas qu'eux qui apprennent,  
on apprend beaucoup avec eux.

01:00:43:18 01:00:46:14  
Pendant tout ce temps à travailler  
avec des patients atteints de cancer,

01:00:47:03 01:00:52:05  
ma vie a complètement changé,  
mon regard sur les autres,

01:00:54:11 01:01:00:07  
et je pense que ce contact  
nous enseigne beaucoup

01:01:02:06 01:01:07:25

et nous permet de construire  
notre vie, notre profession,

01:01:08:07 01:01:13:12

mais aussi notre vie privée  
et nos relations avec les autres.

01:01:14:01 01:01:18:27

D'un point de vue professionnel,  
je n'aime pas beaucoup en parler,

01:01:19:08 01:01:22:29

parce que la réaction dépend  
de chacun.

01:01:23:13 01:01:27:16

Certains te regardent les coiffer  
avec beaucoup d'admiration,

01:01:28:00 01:01:30:22

alors que d'autres peuvent simplement  
partir et ne plus revenir.

01:01:30:22 01:01:34:20

"je ne veux pas qu'il me coiffe,  
qu'il me passe des ondes négatives."

01:01:35:04 01:01:38:12

Même si tu t'occupes bien d'eux,  
c'est un problème.

01:01:38:27 01:01:42:09

Donc je n'en parle pas  
au salon de coiffure,

01:01:42:27 01:01:48:29

mais en dehors j'en parle librement,  
sans à en avoir honte.

01:01:50:30 01:01:54:19

Il n'existe pas de recette miracle

01:01:55:09 01:02:00:14

quand on apprend la nouvelle  
d'une maladie grave comme le cancer,

01:02:01:14 01:02:05:17

mais on essaie d'expliquer  
de la meilleure manière possible

01:02:06:07 01:02:07:17

comment réagir.

01:02:11:08 01:02:15:02

La personne concernée va passer  
par des émotions

01:02:15:15 01:02:19:11

comme la tristesse, la haine,

01:02:19:29 01:02:24:05

elle va se demander pourquoi elle  
et pas une autre.

01:02:26:26 01:02:30:21

C'est naturel et ça fait partie  
du processus d'acceptation,

01:02:31:12 01:02:36:08

il faut se libérer,  
se laisser être en colère,

01:02:40:04 01:02:45:17

il faut réaliser qu'on a travaillé,  
étudié, qu'on a d'autres projets,

00:02:46:01 01:02:49:27

et que maintenant qu'on avait  
des plans pour le futur c'est arrivé.

01:02:50:17 01:02:54:26

Une fois que tout ça est passé,

01:02:55:05 01:02:56:23

on peut commencer le traitement.

01:02:58:15 01:03:01:15

Il ne faut jamais  
abandonner le traitement.

01:03:02:26 01:03:08:25

Vous voulez prendre l'infusion  
que le guérisseur vous conseille,

01:03:09:10 01:03:15:05

prenez-le, mais n'abandonnez jamais  
le traitement conventionnel

01:03:15:18 01:03:17:04

car il est nécessaire.

01:03:19:02 01:03:23:18

on avait d'autres objectifs  
avant d'être malade,

01:03:24:01 01:03:27:26  
mais la seule chance est  
de se soigner,

01:03:29:02 01:03:31:13  
le reste on verra après.

01:03:32:08 01:03:35:07  
Je vais citer Chopra:

01:03:36:14 01:03:42:03  
"Le passé est une histoire, le futur  
un mystère, et le présent un don."

01:03:42:26 01:03:44:16  
Vivez l'instant présent.

01:03:44:27 01:03:49:15  
Suivez le traitement  
et pensez au futur après.

01:03:50:10 01:03:56:06  
Il n'y a aucune raison  
d'avoir des préjugés sur le cancer,

01:03:57:00 01:04:02:13  
parce que c'est généralement  
une maladie évitable,

01:04:03:24 01:04:07:09  
contrôlable, guérissable,

01:04:08:10 01:04:11:25  
ou parfois susceptible  
de fournir un grand soulagement.

01:04:14:16 01:04:18:07  
- Merci beaucoup.  
- Merci



Estes anexos só estão disponíveis para consulta através do CD-ROM.  
Queira por favor dirigir-se ao balcão de atendimento da Biblioteca.

Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia  
Universidade de Aveiro